

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIA DA EDUCAÇÃO



A IMPORTÂNCIA DO BEBÉ IMAGINÁRIO NA VINCULAÇÃO MATERNO
FETAL

Flávia Ilka França

MESTRADO EM PSICOLOGIA
Área de especialização em Mulher e Saúde

2009

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIA DA EDUCAÇÃO



A IMPORTÂNCIA DO BEBÉ IMAGINÁRIO NA VINCULAÇÃO MATERNO
FETAL

Flávia Ilka França

Dissertação orientada pelo Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo

MESTRADO EM PSICOLOGIA
Área de especialização em Mulher e Saúde
2009

O Objecto da psicologia é o pensamento e, sendo assim, pensar faz-se de momentos de magia, de pesadelos e de angústias, de aventuras, desencontros e silêncios. Pensar não é ter pensamentos, mas entendê-los no que eles têm de inefável.

Eduardo Sá

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, em primeiro lugar, minha fonte de inspiração e fortalecimento, na busca constante pelo sucesso de cada dia. Agradeço, em especial, aos meus pais Pedro e Maria, pela minha origem e por estarem sempre comigo. Ao meu marido, Franco, pelo companheirismo - mesmo nos bastidores sempre foi figura principal. A minha filha, Anna Cecília, pelo carinho, compreensão e amor. A minha filha Bruna pela ajuda e ter entrado na minha vida e me ensinado uma nova forma de amar. Aos meus irmãos, Marcelo, Rodrigo e Alexandre, por estarem presentes ao longo da minha caminhada. Aos amigos, que muitas vezes foram deixados de lado, pelo incentivo e apoio. Ao Roberto Crema que me ajudou a desenterrar os meus talentos. Ao Francisco Ângelo Cechin que me ajudou a usar esses talentos. Ao meu orientador Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo que acreditou no meu potencial e me ajudou a completar uma importante fase na minha vida profissional. Àqueles professores que ao longo do mestrado souberam dividir o conhecimento. Ao Exmº Sr. Dr. Henrique Santos Director do Centro de Saúde de Mafra, por permitir me realizar a colheita de dados no referido estabelecimento. À Lisboa por ter me acolhido e ampliado os meus conhecimentos enquanto cultura. E a todos que de alguma forma se fizeram presentes me ajudando a galgar mais um degrau e a transpor mais um desafio.

ÍNDICE GERAL

Lista dos Quadros	XI
Resumo	XV
Abstract	XVI
Introdução	1
I.1 - A Maternidade do Ponto de Vista Psicológico	3
I.2 - A Psicologia da Gravidez	6
I.3 - A Ligação Materno-Fetal	9
I.4 - A Necessidade de Cuidar	12
I.5 - O Bebé Imaginário	15
I.6 - A Gravidez e as Tarefas Psicológicas	21
I.6.1 - O Primeiro Trimestre da Gravidez	25
I.6.2 - O Segundo Trimestre da Gravidez	28
I.6.3 - O Terceiro Trimestre da Gravidez	32
I.6.4 - Adaptação Fisiológica á Gravidez: Manifestações Somáticas	34
I.7 - A Patologia da Gravidez	35
I.8 - A Relação Psicológica no Trabalho de Parto	40
I.9 - A Ligação Paterna Durante a Gravidez	45
I.10 - Vinculação Pré-Natal	49
II - Os Mecanismos de Defesa	
II.1 - Os Mecanismos de Defesa na Obra de Sigmund Freud	59
II.2 - Os Mecanismos de Defesa e a Teoria Psicanalítica na Obra de Anna Freud	64
II.3 - Os Mecanismos de Defesa e a Origem das Relações Objectais na Obra de Melanie Klein	70
II. 4 - Os Mecanismos de Defesa na Psicologia em Geral	77
II.5 - As Estratégias de Coping	83
II.6 - Um Mecanismo de Defesa: A Idealização	89
III - Hipótese	93
IV -. Metodologia	
IV.1 - Operacionalização das Variáveis	94
IV.1.1 - Os Testes Psicométricos	94
IV.1.2 - Variável Independente	94

IV.1.3 - Variável Dependente	96
V - Resultados	
V.1- População e Amostra	99
V. 2 - Estatística descritiva da amostra	99
V. 3 - Resultados das Variáveis Psicológicas	104
V. 4 - Testagem da Hipótese	106
VI - Discussão dos Resultados	108
VII - Conclusão	110
Bibliografia	113
Anexo	121

Lista dos Quadros

Quadro 1	Dados estatísticos
Quadro 2	Distribuição da variável idade na amostra de grávidas
Quadro 3	Distribuição da variável escolaridade na amostra de grávidas
Quadro 4	Distribuição da variável profissão na amostra de grávidas
Quadro 5	Distribuição da variável estatuto laboral na amostra de grávidas
Quadro 6	Distribuição da variável estatuto conjugal na amostra de grávidas
Quadro 7	Distribuição da variável idade do companheiro na amostra de grávidas
Quadro 8	Distribuição da variável escolaridade do companheiro na amostra de grávidas
Quadro 9	Distribuição da variável profissão do companheiro na amostra de grávida
Quadro 10	Distribuição da variável estatuto laboral do companheiro na amostra de grávidas
Quadro 11	Distribuição da variável estatuto conjugal do companheiro na amostra de grávidas
Quadro 12	Distribuição da variável anos de relacionamento do casal na amostra de grávidas
Quadro 13	Distribuição da variável número de gravidez na amostra de grávidas.
Quadro 14	Distribuição da variável número de semanas da actual gravidez na amostra de grávidas
Quadro 15	Distribuição da variável reacção quando soube que estava grávida na amostra de grávidas
Quadro 16	Distribuição da variável como está a decorrer a gravidez na amostra de grávidas
Quadro 17	Distribuição da variável frequência dos enjoos na amostra de grávidas
Quadro 18	Distribuição da variável frequência dos vómitos na amostra de grávidas
Quadro 19	Distribuição da variável gravidez planeada na amostra de grávidas
Quadro 20	Distribuição da variável gravidez desejada na amostra de grávidas
Quadro 21	Distribuição da variável criança está a ser desejada na amostra de grávidas
Quadro 22	Distribuição da variável a mulher grávida imagina o bebé na amostra de grávidas
Quadro 23	Distribuição da variável a mulher grávida sonha com o bebé na amostra de grávidas
Quadro 24	Distribuição da variável há fantasias do pai sobre o bebé na amostra de grávidas
Quadro 25	Distribuição da variável a mulher grávida fala com a barriga na amostra de grávidas
Quadro 26	Distribuição da variável há algum pensamento negativo a respeito da gravidez na amostra de grávidas
Quadro 27	Distribuição da variável a mulher grávida já percebe alguma mudança no corpo na amostra de grávidas
Quadro 28	Distribuição da variável há alguma interferência na gravidez por parte de algum familiar na amostra de grávidas
Quadro 29	Distribuição da variável pensas nas mudanças conjugais que vão ocorrer com o nascimento do bebé na amostra de grávidas

Quadro 30	Distribuição da variável pensa nas mudanças que vão ocorrer na vida em geral com o nascimento do bebê na amostra de grávidas
Quadro 31	Distribuição da variável reacção dos outros filhos na amostra de grávidas
Quadro 32	Distribuição da descrição estatística das escalas do DMI
Quadro 33	Distribuição dos dados estatísticos das escalas do DMI
Quadro 34	Distribuição da escala TAO na amostra de grávidas
Quadro 35	Distribuição da escala PRO na amostra de grávidas
Quadro 36	Distribuição da escala PRN na amostra de grávidas
Quadro 37	Distribuição da escala TAS na amostra de grávidas
Quadro 38	Distribuição da escala REV na amostra de grávidas
Quadro 39	Distribuição dos dados estatísticos da Escala de Vinculação Materna Pré-Natal
Quadro 40	Distribuição dos dados da Escala de Vinculação Materno Pré-Natal
Quadro 41	Distribuição dos dados estatísticos da Qualidade da Relação de Vinculação
Quadro 42	Distribuição dos dados da Intensidade da preocupação ou tempo despendido no modo de vinculação
Quadro 43	Distribuição dos dados da significância
Quadro 44	Escala TAO Alfa de Cronbach com todos os itens
Quadro 45	Escala TAO todos os itens
Quadro 46	Escala TAO Alfa de Cronbach com itens eliminados
Quadro 47	Escala TAO itens eliminados
Quadro 48	Escala PRO Alfa de Cronbach com todos os itens
Quadro 49	Escala PRO todos os itens
Quadro 50	Escala PRO Alfa de Cronbach com itens eliminados
Quadro 51	Escala PRO itens eliminados
Quadro 52	Escala PRO Alfa de Cronbach com itens eliminados
Quadro 53	Escala PRO itens eliminados
Quadro 54	Escala PRO Alfa de Cronbach com itens eliminados
Quadro 55	Escala PRO itens eliminados
Quadro 56	Escala PRN Alfa de Cronbach todos os itens
Quadro 57	Escala PRN todos os itens
Quadro 58	Escala PRN Alfa de Cronbach com itens eliminados
Quadro 59	Escala PRN itens eliminados
Quadro 60	Escala PRN Alfa de Cronbach com itens eliminados
Quadro 61	Escala PRN itens eliminados
Quadro 62	Escala PRN Alfa de Cronbach com itens eliminados
Quadro 63	Escala PRN itens eliminados
Quadro 64	Escala TAS Alfa de Cronbach com todos os itens
Quadro 65	Escala TAS todos os itens

Quadro 66	Escala TAS Alfa de Cronbach com itens eliminados
Quadro 67	Escala TAS itens eliminados
Quadro 68	Escala TAS Alfa de Cronbach com itens eliminados
Quadro 69	Escala TAS itens eliminados
Quadro 70	Escala REV Alfa de Cronbach com todos os itens
Quadro 71	Escala REV todos os itens
Quadro 72	Escala REV Alfa de Cronbach com itens eliminados
Quadro 73	Escala REV itens eliminados
Quadro 74	Escala REV Alfa de Cronbach com itens eliminados
Quadro 75	Escala REV itens eliminados
Quadro 76	Alfa de Cronbach da Escala de Vinculação Pré- Natal todos os itens
Quadro 77	Escala de Vinculação Pré- Natal todos os itens
Quadro 78	Alfa de Cronbach da Escala de Vinculação Pré- Natal com itens eliminados
Quadro 79	Escala de Vinculação Pré- Natal com itens eliminados
Quadro 80	Alfa de Cronbach da Escala de Vinculação Pré- Natal com itens eliminados
Quadro 81	Escala de Vinculação Pré- Natal com itens eliminados
Quadro 82	Alfa de Cronbach da Sub escala de Qualidade da Relação de Vinculação todos os itens
Quadro 83	Sub escala de Qualidade da Relação de Vinculação todos os itens
Quadro 84	Alfa de Cronbach da Sub escala de Qualidade da Relação de Vinculação com itens eliminados
Quadro 85	Sub escala de Qualidade da Relação de Vinculação com itens eliminados
Quadro 86	Alfa de Cronbach da Sub escala de Qualidade da Relação de Vinculação com itens eliminados
Quadro 87	Sub escala de Qualidade da Relação de Vinculação com itens eliminados
Quadro 88	Alfa de Cronbach da Sub escala de Qualidade da Relação de Vinculação com itens eliminados
Quadro 89	Sub escala de Qualidade da Relação de Vinculação com itens eliminados
Quadro 90	Alfa de Cronbach da Sub escala de Qualidade da Relação de Vinculação com itens eliminados
Quadro 91	Sub escala de Qualidade da Relação de Vinculação com itens eliminados
Quadro 92	Sub escala de Tempo Despendido no modo da Vinculação
Quadro 93	Sub escala de Tempo Despendido no modo da Vinculação
Quadro 94	Correlação entre as variáveis Dependente e Independente
Quadro 95	Dados estatísticos para os sujeitos sem sinal
Quadro 96	Dados estatísticos para os sujeitos com sinal

Quadro 97 Análise de Variância

RESUMO

O presente trabalho aborda a relação existente entre a mãe e o seu feto ao longo da gravidez. Esta vinculação que a mãe vai estabelecer com o feto vai determinar a qualidade das futuras ligações afectivas que vão ocorrer ao longo da vida do indivíduo. O trabalho fala da gravidez como um período de extrema importância na vida da mulher e do homem, onde eles saem do papel de filhos e passam a ser pais, e dos conflitos interiores para conseguirem vivenciar essa maravilhosa experiência. A gravidez é um momento de crise para a mulher onde o papel do companheiro e da família, enquanto apoio, são de extrema importância. Conhecer alguns factores que influenciam a ligação materno-fetal é um dos objectivos deste trabalho. A Vinculação é um crescimento progressivo, acompanhado por alterações emocionais que são úteis para aumentar as funções adaptativas. Assim, a introversão e a consciência do feto não são exclusivamente um fenómeno regressivo, mas sim uma preparação psicológica para a maternidade activa. E a idealização da mãe em relação ao seu bebé se manifesta ao longo da gestação. Essa pesquisa baseia-se na hipótese de quanto maior for a idealização da mulher grávida com relação ao seu bebé, maior será a dificuldade de vinculação amorosa durante a gravidez. Para testar esta hipótese foram utilizados os instrumentos: O teste D.M.I dos autores Gleser e Ihilevich para avaliar idealização e a Escala de Vínculação Materno – Fetal (Antenatal Emotional Attachment Scale de John T. Condon, 1993), cuja adaptação para português é de Camarneiro e Justo, 2007). Foi recolhida uma amostra de 53 grávidas no Centro de Saúde de Mafra e extensões e na rede de contactos informais da investigadora. Os resultados obtidos foram através da correlação das variáveis dependente e independente o que confirmou parcialmente a hipótese.

Palavras chave: gravidez, vinculação materno-fetal, idealização.

ABSTRACT

This paper discusses the relationship between the mother and her fetus during pregnancy. This link that will establish the mother with the fetus will determine the quality of future emotional bonds that will occur over the life of the individual. The work speaks of pregnancy as a period of extreme importance in the lives of women and men, where they leave the role of children and become parents, and inner conflicts to get to experience this wonderful experience. Pregnancy is a time of crisis for women where the role of partner and family, while support is of utmost importance. Meet some factors that influence the maternal-fetal connection is one of the objectives of this work. Affinity is a progressive growth, accompanied by emotional changes that are useful to increase the adaptive functions. Thus, introversion and awareness of the fetus are not solely a regressive phenomenon but a psychological preparation for motherhood active. And the idealization of the mother in relation to your baby is manifested during pregnancy. This research is based on the assumption that the greater the idealization of pregnant women in relation to your baby, the greater the difficulty of linking love during the pregnancy. To test this hypothesis we used instruments: The Test DMI authors Gleser Ihilevich to assess idealization and the Antenatal Emotional Attachment Scale John T. Condon, (1993), whose adaptation to Portuguese is Camarneiro and Justo, (2007). It was a sample of 53 pregnant women contacted in the Health Center of Mafra and extensions and a network of informal contacts of the researcher. The results were obtained through the correlation of dependent and independent variables which partially confirmed the hypothesis.

Keywords: pregnancy, maternal-fetal idealization.

I - Introdução

A teoria da cultura e da personalidade mostrou que experiências anteriores comuns a membros de certa sociedade contribuem para a formação de personalidades típicas, organizadas em torno de determinados problemas relacionais. Na medida em que fêmeas e machos vivenciam diferentes ambientes interpessoais quando estão crescendo, a personalidade feminina e a personalidade masculina revelar-se-ão diferentemente e os seus protagonistas estarão preocupados com problemas diferentes. A experiência social pode permitir o desenvolvimento de uma identidade capaz de participar na construção do eu, afetando a formação das estruturas psíquicas, e a organização da sexualidade (Chodorow, 2002).

A estrutura e as práticas da família criam certas necessidades e capacidades relacionais diferentes em homens e mulheres e que contribuem para a organização das mulheres como mães. Da infância à vida adulta, o homem incorpora componentes estruturais referentes ao que é masculino, e ao que é ser homem. São valores tão fortes, e persistentes que ele passa a carregá-los como se fossem “mitos” imutáveis. Na família típica da sociedade ocidental os primeiros vínculos do homem são estabelecidos com o pai e com a mãe, ou com uma figura masculina e uma feminina. Esses dois vínculos iniciais são completamente diferentes (Cuschnir, 1995).

Pode-se observar nas brincadeiras das crianças uma divisão, entre quais, estão as brincadeiras de meninos e as brincadeiras das meninas. As meninas tendem a brincar de casinha e de ser mãe, aprendem a ser submissas e a obedecerem aos homens. Os meninos tendem a brincar de carrinho, jogam futebol, aprendem a competir, a se imporem perante os amiguinhos. Aprendem que só é bom quem tira o primeiro lugar. Na identidade masculina, o ataque é permitido. O homem está livre e incentivado para atacar... Já o medo é proibido.

A criança quando nasce é um ser totalmente dependente, e por isso, o bebé humano necessita de um cuidador para sobreviver. No entanto, estudiosos como Brazelton conseguiram observar que o bebé tem uma dinâmica de comportamento interactivo que é a condição básica para a integração social e afectiva do recém-nascido e que a função de ligação à alguém é protagonizado pela tendência de procurar a proximidade de outros membros da mesma espécie (Brazelton, 1985).

A gravidez vista na perspectiva desenvolvimental é considerada como um dos numerosos períodos de transição que envolvem a actualização do autoconceito e das relações com os outros significativos (Canavarro, 2001; Cohen & Slade, 2000; Meireles & Costa, 2005; Ruble, 1990).

A gravidez e a maternidade são normalmente descritas como uma das tarefas desenvolvimentais mais importantes da idade adulta. A gravidez, em especial a primeira, envolve uma organização a todos os níveis: biológico, cognitivo, emocional, relacional e social transformando a relação da mulher como o seu corpo, o seu Self, as suas figuras significativas e a sua comunidade (Meireles & Costa, 2005).

A gravidez e a maternidade têm sido objectos de atenção por parte da comunidade científica, em especial psicólogos e psiquiatras, sendo estudada como uma fase do desenvolvimento psicológico da maior importância. A gravidez é considerada, por muitos autores, como um período de crise que envolve mudanças muito profundas a nível somático, endócrino e psicológico e envolve, por isso mesmo, reajustamentos e reestruturações a vários níveis (Langer, 1986; Pedro gomes, 1982; Sá, 2004; Soifer, 1986). Neste período de transição os papéis alteram-se, a grávida, além de filha e mulher, também vai desempenhar o papel de mãe.

A maternidade, por sua vez, é um estado de espírito, é um processo a longo prazo. Um projecto para a vida toda. Embora a maternidade assuma uma maior visibilidade nos primeiros

anos de vida da criança, devido a necessidade de prestação de um grande número de cuidados para o crescimento harmonioso, a dádiva de amor, interesse, partilha e responsabilidade permanece mesmo quando os filhos já são adultos. A maternidade exige reajustes importantes na vida da mulher. Decorrentes das alterações que o corpo vai sofrer, bem como, das alterações dos papéis sociais (Canavarro, 2006; Sá, 2004).

Nas palavras de Canavarro (2001) ser mãe (pai) é ser agente de continuidade entre as gerações mas é também ser simultaneamente capaz de assegurar a descontinuidade, os limites e a diferença entre essas gerações. Ter filhos é transmitir heranças diversas, desde a genética, as culturais, valores e significados e para além disso aceitar a diferença da individualidade. Aceitar o filho como um indivíduo único e com as suas histórias de vida. Um ser ligado aos pais, e ao mesmo tempo criador da sua própria identidade, história.

Para além disso ser pai/mãe, do ponto de vista desenvolvimental, e pelas tarefas implicadas, parece estar fortemente relacionado com o conceito de maturidade. Que nas palavras de Noam (1996) maturidade é a capacidade de perceber a realidade de forma complexa e multifacetada e integrar ideias que parecem contraditórias (citado In canavarro, 2001). Sendo assim, a gravidez e sobretudo a maternidade jogam-se no desequilíbrio entre estar junto, dar continuidade, proteger e estar separado, promover a descontinuidade e a autonomia (Canavarro, 2001).

I.1 - A Maternidade do Ponto de Vista Psicológico

Como afirma Maltáry (2002) “Ser mãe é muito mais que a marcante experiência física de dar à luz e amamentar uma criança – é a chave da tomada de consciência existencial do que somos. Da mesma forma, a paternidade sintetiza o masculino, e existe realmente uma

complementariedade dos sexos, sem que com isto pretenda afirmar que os papéis de cada um dos sexos são rigidamente definidos pela natureza” (Ribeiro, 2002).

Nas palavras de Colman & Colman (1994) O calendário psicológico da gravidez nunca será tão preciso como a sua contrapartida física. Pode haver quem se sinta psicológica e emocionalmente grávida antes da concepção ter ocorrido ou, mais raramente, haver quem possa estar psicológica e emocionalmente alheio da gravidez até o bebé nascer. Acreditamos que em circunstâncias óptimas, corpo e espírito estarão em sincronia.

A maternidade foi desde sempre, tal como hoje, indispensável à preservação da vida humana (Colman & Colman, 1994). Numa perspectiva desenvolvimental, a maternidade é considerada um período de desenvolvimento, que à semelhança das outras etapas desenvolvimentais, se caracteriza pela passagem por uma crise específica e pela necessidade de resolução de determinadas tarefas (Figueiredo, 2003).

A gravidez transcende o momento da concepção assim como a maternidade transcende o momento do parto. Mais do que acontecimentos e embora com durações temporais diferentes, gravidez e maternidade são processos. Do ponto de vista psicológico são processos dinâmicos, de construção e desenvolvimento. A maternidade é um processo que ultrapassa a gravidez. É um projecto a longo prazo, um projecto para toda a vida, a dádiva de amor, interesse, partilha e responsabilidade permanece (Canavarro, 2001).

Ainda nas palavras de Canavarro (2001), a gravidez é uma época que, psicologicamente, permite a preparação para ser mãe. Ensaiar cognitivamente papéis e tarefas maternas, ligar-se afectivamente à criança, iniciar o processo de reestruturação de relações para incluir o novo elemento, incorporar a existência do filho na sua identidade e, simultaneamente, aprender a aceitá-lo como pessoa única, com vida própria. Sendo um período de ensaios, ligação, ansiedade,

fantasias e reflexões permitindo que o projecto de maternidade se continue a construir e consolidar de forma progressiva.

Muitos factores influenciam na forma como cada mulher vai caracterizar a gravidez e a maternidade. Muitos destes factores estão em constante mudanças. Pontua-se como factores: Personalidade, Processos cognitivos, históricos e sócio-culturais, genéticos e desenvolvimentais. Os factores genéticos dizem respeito a influências constitucionais, conceptualizadas como tendências básicas ou “potenciais abstractos do indivíduo, que incluem capacidades perceptuais e cognitivas, drives fisiológicos, características físicas, assim como traços de personalidade” (McCrae & Costa, 1994, citado In Canavarro, 2001).

A maternidade inscreve-se dentro da dinâmica da sociedade, num momento historicamente construído e onde a influência dos padrões culturais, das representações sociais, das crenças e dos valores se apresenta determinante para a sua concepção (Mendes, 2002). A maternidade requer que, para além do desejo de engravidar e ter um filho, se deseje e se assuma ser mãe (Leal, 1990).

A maternidade e a paternidade são vivências que transformam a identidade de homens e de mulheres. A concepção, a gestação e o parto comportam dimensões para além do que a biologia pode abarcar. A vivência da reprodução humana está marcada por aspectos afectivos, sociais, cognitivos e biológicos de homens e mulheres. Aspectos subjectivos e internos estão entrelaçados com aspectos da história coletiva e com as vivências individuais relacionados com os papéis de género, próprios ao grupo que os futuros pais pertenciam (Moreira, 1997).

A mulher entra na maternidade com a sua personalidade, com a sua história pessoal e com a sua história de conjugal. Esse processo é contínuo, dura toda a vida e será reavivado com cada novo filho. Em cada reedição deste processo a mulher traz dentro de si um bebé imaginário e esse

bebê imaginário é que vai possibilitar encontro da mãe com o bebê real. E, conseqüentemente, a concretização da vinculação. A maternidade, para a futura mãe, é um processo biológico que permite a mulher passar por uma experiência psicológica onde se pode experimentar um sentido real de imortalidade.

A transição para a maternidade é o período de tempo durante o qual “a mulher sem a criança” interioriza, gradualmente, a gravidez e o desenvolvimento do feto dentro de si, desenvolvendo comportamentos relativos ao papel de ser mãe, nomeadamente em cuidados essenciais a prestar ao recém-nascido. A capacidade de antecipação permite à mulher grávida representar encenações relacionadas com a futura criança e com as suas próprias vivências da maternidade (Mendes, 2002; Mercer 1988 Rubin, 1975).

Tal como às mulheres, os homens são levados a modificar o lugar que ocupam no seio da sua família. Ao sair do seu papel de filho, passa para a próxima etapa da vida, desempenhando assim o papel de pai e transmitindo o seu nome. Portanto, é possível que, também o pai traga dentro de si o bebê imaginário.

As redes de esquemas maternos serão modificadas com a chegada do bebê. Entre estas alterações devemos considerar as que ocorrem no âmbito do Self da mãe como mãe, como mulher, esposa, profissional, amiga, filha, neta, no seu papel social, familiar, no seu status legal, e em si mesma enquanto pessoa com a responsabilidade principal pela vida e crescimento de um ser (o seu bebê).

I.2 - A Psicologia da Gravidez

No núcleo da mulher encontra-se uma câmara secreta que é o centro da vida. Encontra-se dormente, repouso durante os vários anos da infância, na adolescência ele desperta e

mensalmente envia sinais da sua existência, esperando vazio e não realizado. Até que o vácuo é preenchido e fechado em torno da semente fertilizada da vida futura. Qualquer que seja o destino, o processo é irreversível. O mistério começa se revelar e a mulher é tocada pelas forças primordiais da gravidez existente desde os tempos imemoráveis (Leff, 1980).

Esperar um filho, e em especial o primeiro, é um dos acontecimentos mais importantes da vida de uma mulher e representa, sem dúvida, um desafio à sua maturidade e à estrutura da sua personalidade. A mulher grávida, durante a gravidez, transporta toda uma experiência vivida no útero da sua mãe, os factos do seu próprio nascimento, bem como as suas experiências biológicas, psicológicas e sociais vividas durante a infância (Gomes, 1985).

Ao longo da gravidez, a mulher vai deparar-se com diversas tarefas psicológicas específicas: a construção da identidade materna e a construção da relação mãe-bebé, em torno das quais, se processa a redefinição psicossocial própria desse período de transição (Meireles & Costa, 2005).

Durante a gravidez, ao preparar-se para ser mãe, a mulher vai percorrer, novamente os caminhos da sua meninice e vai recriar experiências não concluídas ou não satisfeitas. Nessa fase onde se encerram as experiências lúdicas da infância e começa a vida de adulto. Segundo Brazelton (1993), de algum modo, as experiências da vida anterior da mulher vão influenciar as suas aptidões de mãe e, quanto mais saudável tiver sido o seu ajustamento à sociedade, mais a mãe será capaz de assumir as suas novas responsabilidades.

Num plano emocional, a gravidez inicia-se muito antes de a mãe estar, de facto, grávida. A gravidez surge num plano mental, antes de se declarar no plano do corpo. Um estado gravídico surge, em muitas circunstâncias, no âmbito das vivências emocionais de gravidez e no plano do

corpo, com vários desencontros. Haverá algumas situações em que a “gravidez na cabeça” antecede a gravidez uterina; desejar a gravidez é tão importante quanto aceder a ela (Sá, 2003).

A gravidez representa, para o pai e para a mãe, um estado “alucinatório” bom, em que um afecto se torna concreto, se destaca e movimenta por si, dentro de quem o sente. O amor ganha um rosto, e um nome, transformando-se na “coisa” amada. O desejo de eternidade é elementar no ser humano, e a sua forma mais simples será o desejo de maternidade e paternidade. Essa será a eternidade possível: continuarmos vivos no coração de quem nos ama (Sá, 2000).

A competência para a gravidez “desponta” quando as crianças, ao brincarem com bonecos, se experimentam nas competências de mães e de pais. A competência para a gravidez constrói-se devagar, faz-se de rivalidades, de invejas e de ciúmes, em suma, de experiências com os pais, com os irmãos, com os avós, os primos, e a família alargada. A competência para a gravidez surge nos homens, como nas mulheres, das suas próprias experiências enquanto filhos, podendo essas histórias virem a repercutir-se, na gravidez do casal (Sá, 2004).

A gravidez dimensiona os papéis e as relações da mulher num novo contexto, torna-a mais dependente da ajuda de um sistema social de apoio, e cria-lhe necessidades intensas de apoio amoroso, atenção e aceitação por parte dos outros. O significado da gravidez muda com o tempo no interior de uma cultura (Colman & Colman, 1994).

Olhando pelo viés psicológico, uma mulher engravida emocionalmente a um ritmo diferente do de uma gravidez psicológica. Ela engravida quando sonha em vir a ser mãe, quando deseja ter um filho e o concebe como uma realidade exequível. E torna-se mais grávida quando recebe a notícia de estar grávida, quando o sonho tem um coração e bate num ritmo próprio dentro do seu ventre (Sá, 2004).

A mulher, durante a gravidez, vai vivenciar as transformações físicas do seu corpo. O que vai confrontá-la com a existência do bebé e com o seu novo papel de mãe: o seu corpo passou a conter uma outra pessoa. A consciência da presença do bebé vai sendo cada vez mais forte: os chamados “pontapés” (movimentos fetais) são o momento de contacto com o bebé como um ser vivo e é dos acontecimentos mais significativos da gravidez (Lee, 1995 in Mendes & Costa, 2005).

Esta realidade física prepara a mulher grávida para as mudanças profundas na sua realidade psicológica. Aliás, a percepção dos movimentos fetais tem sido consistentemente relacionada com a construção da representação do bebé e da ligação emocional ao bebé (Siddiqui, Haeggloef & Eisemann, 1999 in Mendes & Costa, 2005).

I.3 - A Ligação Materno-Fetal

Actualmente, é indiscutível que, entre a mãe e o feto, se estabelece uma relação, seja ela de que ordem for. Antes de qualquer outra, há que reconhecer a importância da relação biológica que existe entre os dois. A gravidez é considerada um período crucial no início de uma relação infinita e insubstituível entre mãe e filho (Dias & Sá, 2003).

Com relação ao vínculo mãe-bebé Bonomi (2002) expressa uma opinião concordante ao realçar a existência de relações materno-fetais afectivamente positivas ou negativas. Caracteriza a primeira como sólida, segura, que protege o futuro ser de vários modos, nomeadamente quanto aos estados emocionais da mãe, prevendo que o feto vivencie essa ligação venha a ser uma criança confiante e extrovertida (Dias & Sá, 2003).

Com relação à afectividade negativa, Bonomi (2002) aponta como consequências a vulnerabilidade e o desamparo que suscitam o mal-estar do bebé, chegando mesmo a provocar

partos prematuros, de bebés com baixo peso e dificuldades emocionais, que poderão ser as origens uma criança insegura, introvertida e ambivalente (Dias & Sá, 2003).

Wilheim (2002) citado por Sá (2003) afirma que “A disponibilidade afectiva da mãe é fundamental para que ocorra o desenvolvimento psico-afectivo do indivíduo, de célula a feto, de feto a bebé e de bebé a criança”, sendo a relação que a mãe estabelece com o feto então, provavelmente, determinante para o bebé.

A ligação da mãe com o seu feto é importante para a saúde mental e fisiológico do bebé. Este processo tem início na gravidez e depois estende-se ao longo da vida relacional dos dois elementos desta ligação. A medida que surge e se consolida essa ligação inicial da mãe com o seu feto surgem também determinantes que vão influenciar todas as outras relações afectivas que esse indivíduo vai ter ao longo da sua vida. A qualidade da vinculação é transmitida ao longo das gerações, não pelos genes, mas pela microcultura familiar.

A grávida experiencia uma incorporação e elaboração da ideia do filho, e da ideia da sua pessoa enquanto mãe desse filho no sistema do seu Eu e do seu auto-conceito. Essa incorporação reflecte a progressiva ligação e o investimento da ideação do seu Eu no contexto da adaptação e acomodação relativas às vertentes relacionadas com a gravidez, como ter um filho e como tornar-se mãe (Rubin, 1975).

Ao longo da gravidez, o valor e o sentido da criança tornam-se cada vez mais significativos, gerando na grávida um sentimento de investimento, não só na adopção de medidas saudáveis, mas também nos preparativos do seu lar para acolher o filho que vai nascer (Rubin, 1975).

A relação dos pais com o bebé durante seu estágio de vida intra-uterina é importante e pode ser fundamental para a saúde da criança e para o sucesso do parto. As atitudes e sentimentos da mãe durante a gravidez influenciam na personalidade do bebé (Rodrigues, 1997).

Cranley (1981) definiu Ligação Materno Fetal como “os comportamentos da mulher que representam ligação e interacção com o seu filho ainda por nascer” Bowlby (1969) observou que o desenvolvimento da vinculação é uma experiência que se constrói ao longo da vida e sublinhando o fato da vinculação começar na gravidez, resultante da dinâmica de acontecimentos psicológicos e fisiológicos que decorrem desta (Mendes 2002).

Nas palavras de Ainsworth (1994) a ligação materno fetal integra as interacções que satisfazem a necessidade de formação de laços emocionais. Além disso, desenvolve-se no contexto da relação, passando a representar a sua organização interna. As ligações afectivas são relativamente duradouras, onde o parceiro é importante como indivíduo único, que não poderá ser substituído por nenhum outro (Mendes 2002).

Outro conceito de ligação materno-fetal é o de tarefa materna a desenvolver durante o período pré-natal, específica da relação diádica mãe-filho, que começa com o pensar na ideia de estar grávida e, gradualmente, querer estabelecer uma relação com o filho que está a gerar. É uma relação afectiva única que necessita de todo o tempo de gestação pela implicação da reestruturação de vida da mulher (Muller, 1993).

Em relação à qualidade da interacção com o bebé durante a gravidez, Nelson (1998) descobriu que as interacções e emoções mais positivas eram exibidas pelas mães seguras. Outros estudos apontam relações entre a vinculação das mães, percepções dos filhos e atribuições parentais (Benoit *et al.*, 1997; Slade & Cohen, 1996). Numa amostra de risco, Oyen (1997) verificou que as mães seguras, comparativamente com as inseguras, eram mais sensíveis e

capazes de fornecer a estrutura adequada para os seus filhos brincarem, estando estes mais capazes de responder ao ambiente criado pelas mães.

A perspectiva de responsabilidade perante um filho pode ter um forte impacto na mulher que, terá que aprender a se relacionar com o bebé, disponibilizando uma grande parte do seu investimento emocional para assegurar a segurança e o bem-estar de um novo ser, que passará a depender de si (Mendes & Costa, 2005).

Um dos factores determinantes na relação materno-fetal e que de início é uma relação simbiótica, quer a nível orgânico, quer a nível emocional. É a primeira a ser vivenciada pelo feto, sendo uma relação que caminha, lentamente, para um processo de separação-individualização. Esta relação mãe- bebé tem muito mais de psíquico do que de real, ainda que a realidade tente constantemente sobrepor-se. A ausência da menstruação, o ganho de peso, uma criança em desenvolvimento, as reacções do meio envolvente, as consultas médicas, as ecografias ou, até mesmo, os movimentos do feto, são alguns dos aspectos reais que surgem durante estes nove meses. Contudo, muito desta realidade permanece sob controlo da vida psíquica. Os fenómenos subjectivos solicitados à “sensorialidade” maternal podem ser totalmente negados em recusas psicóticas ou, em oposição, vivenciados numa gravidez histérica, em que no real se verifica um crescimento abdominal e uma amnorreia de outras origens (Bydlowski, 1995, in Dias & Sá, 2003).

I.4 - A Necessidade de Cuidar

O primeiro contacto da criança com o seu cuidador ou cuidadores é importante para a sobrevivência mental e física do bebé. Esse cuidar inicial vai estar relacionado com o ambiente e o relacionamento social da família de origem do indivíduo. Na nossa sociedade esse primeiro

contacto do bebé com um cuidador é habitualmente realizado com a mãe, sendo assim, um laço mãe-bebé intenso e relativamente exclusivo.

Desse contacto mãe-bebé vão surgir os primeiros laços afectivos com os bebés. No entanto, o cuidar dos filhos não é mais tarefa exclusiva das mães. Essa tarefa encontra-se hoje dividida pelo casal. Os bebés precisam de laços afectivos e de um relacionamento pessoal difuso, multifacetado e constante com os que o assistem para que cresçam física e psicologicamente. A qualidade do cuidado não tem sexo. Para a criança pouco importa de que sexo seja a mãe (Chodorow, 2002).

Bowlby (2002) os avanços na psiquiatria vem comprovando que a qualidade dos cuidados parentais que uma criança recebe em seus primeiros anos de vida é de importância vital para a sua saúde mental futura. É fundamental para a saúde mental, que o bebé e a criança pequena tenha a vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe (ou mãe substituta permanente) na qual ambos encontrem satisfação e prazer.

Para autores como George e Salomon (1999) o comportamento de prestação de cuidados está organizado dentro de um sistema comportamental que é independente mas está relacionado com a vinculação, em termos desenvolvimentais e comportamentais. Concebido como um sistema recíproco ao da vinculação, o objectivo do sistema de prestação de cuidados é manter o bebé próximo da figura materna em situações de ameaças ou perigo, ou seja, manter a criança segura. Isso implica diferentes comportamentos como aproximar-se, chamar, abraçar, segurar, seguir, consolar, embalar.

Para além disso, George e Salomon estudaram o *caregiving* (1996) e salientaram a necessidade para os pais de passarem da perspectiva de serem protegidos (como crianças) à de fornecer protecção aos filhos (objectivo dos pais). O estudo desta transição necessária é

fundamental para compreender os mecanismos que sustentam as perturbações do comportamento parental, as diferenças culturais, o desenvolvimento da vinculação na criança e os mecanismos da transmissão intergeracional (Rabouam & moralés-Huet, 2002).

O *caregiving* é um sistema constituído por comportamentos coordenados que têm objectivos específicos e uma função adaptativa: o sistema de *caregiving* é recíproco do sistema de vinculação e a sua função adaptativa é a protecção das crianças. Os sinais externos e internos associados às situações que o progenitor percebe como perigosas ou stressantes para a criança activam o sistema de *caregiving* (como acontece no sistema de vinculação). Quando o bebé está é reconfortado o sistema de *caregiving* é desactivado (George e Salomon, 1999 citado em Rabouam & moralés-Huet, 2002).

Na afirmativa de Greenberg e Speltz (1988) citados por Rabouam & moralés-Huet, 2002: “a sensibilidade dos pais aos sinais do seu bebé tem de evoluir para uma capacidade de conciliar os seus objectivos e os seus planos com os do seu filhos mais crescido, tendo em conta os seus desejos e os seus afectos, o que irá aumentar a sua confiança neles, e o irá apoiar na construção com eles de uma “parceria corrigida quanto ao objectivo”. Alguns comportamentos de cuidados são quase automáticos mas, quanto mais o filho cresce, mais difícil se torna aos pais adaptar-se a ele, como acontece na adolescência, porque o desejo dos pais de proteger entra em conflito com os desejos de autonomia dos filhos”.

Se o objectivo das mães é cuidar de uma criança no sentido de se tornar independente e autónomo, é também evidente que a vulnerabilidade do bebé humano, que se estende durante alguns anos, exige, inicialmente, um elevado nível de protecção. O comportamento de cuidar vai ser activado sempre que a figura parental perceber algum tipo de situação ameaçadora, perigosa ou stressante para a criança. Situações de separação, percepção de perigo para a criança e de

sinais verbais e não-verbais que indiquem desconforto e perturbação, podem activar este sistema na figura parental (Soares, 2006).

Assim como a vinculação, a prestação de cuidados tem uma significativa carga afectiva; prazer e satisfação quando a figura parental foi capaz de proporcionar protecção ao bebé; aumento de raiva, tristeza ou ansiedade e desespero quando a sua capacidade para o proteger está ameaçada ou bloqueada. Uma vez activado o sistema de prestação de cuidados, a figura parental tem de “decidir” se e como se comportar. Tal comportamento variará conforme o contexto, idade, características e experiências da figura parental e da criança, entre outros aspectos. A activação do sistema de protecção de cuidados na figura parental traduz-se por vigilância, monitorização dos sinais provenientes das várias fontes de informação, organização das várias percepções e selecção de uma resposta (Soares, 2006).

I.5 - O Bebê Imaginário

Quando começa a pensar na sua gravidez a futura mãe, vai gradualmente, estabelecer uma relação, desenvolvendo assim uma ligação com o filho que está gerando. A ligação materno-fetal, enquanto esboço da futura relação mãe-filho, proporciona inserir o filho no imaginário da mãe, na história pessoal e familiar da mãe (Brazelton, 1990).

Progressivamente, a gravidez vai existindo na “cabeça”, e um bebê imaginário vai se gerando, as vezes, numa dimensão ainda embrionária. Noutras, como um bebê de meses. A primeira forma que a mãe tem de embalar um filho é sonhar com ele na gravidez, a segunda é sonhar por ele quando lhe canta e o embala; finalmente é deixá-lo tornar-se um personagem real do seu sonho (Sá, 2000/2003).

A mulher quando, está grávida, apresenta representações cognitivas que no “Vocabulário da Psicanálise” de Laplanche e Pontalis, se entende como “encenação imaginária em que o indivíduo está presente e em que figura, de modo mais ou menos deformado pelos processos defensivos, a realização de um desejo e, em última análise, de um desejo inconsciente” (Laplanche & Pontalis, 2001).

Ao longo da gestação, a grávida vai, gradualmente, tomando consciência de que o feto adquire uma “personalidade” e já é uma realidade independente de si própria, mesmo antes de nascer. As fantasias da futura mãe concentram-se em imaginar como vai ser o seu filho, derivando os seus desejos e medos deste contexto.

O bebé que um casal imagina durante a gravidez, a que Soulé, (1982), chamou “bebé imaginário”, permite que o parto seja vivido como um dos únicos momentos da vida em que a realidade transcende o sonho: o bebé real, acabado de nascer, não só confirma como transcende o bebé imaginário (Sá, 2000).

Nas palavras de Condon citado por Leal & Gomes (2007) “ao longo da gravidez, os dois progenitores adquirem normalmente uma representação interna, crescentemente elaborada, do feto. Esta (imagem) compreende uma curiosa mistura de fantasia e de realidade, sendo o feto um recipiente por excelência da projecção. É relativamente a esta imagem interna que o vínculo emocional se desenvolve”

O bebé vai, gradualmente, tornar-se real para os pais. Alguns pais podem apaixonar-se pelo bebé e viver uma relação espiritual com o feto. Os pais passam pelo processo de acomodação contínua entre expectativas e realidades, dando início ao que os pais pensam ser a criança. Só no fim de se ter curiosidade em relação a um bebé, este poderá ser, em relação a nós, curioso. A mãe primeiro advinha um bebé; só depois o conhece (Sá, 2000).

O bebê imaginário faz parte integrante da história pessoal de cada um dos pais, permitindo a estes a encenação do seu papel na interação com o bebê e, desta forma, a orientação destes no desenvolvimento da sua parentalidade. Para além disso, o bebê imaginado tem um lugar no equilíbrio interpessoal que se constitui na família, onde a sua representação fantasmática permite a antevisão do futuro na relação entre os pais e o bebê.

Nas palavras de Biscaia (1994) “toda a riqueza do sonho e da intimidade que fazem da gravidez um período único em que a mãe vive o encontro antecipado com o outro gerado no seu pensamento muito antes da geração genética” (Biscaia, 1994).

A expressão das representações cognitivas maternas depende de factores como a personalidade da mulher, a forma como ela está a lidar com a gravidez, a imagem interiorizada da mãe e de si própria enquanto “mãe ideal”, bem como das expectativas que foi edificando durante a sua vida no contexto familiar e social. É no desenvolvimento e na articulação dessas representações imaginárias que se inscreve a transição para a maternidade (Mendes, 2002; Montagner, 1998; Rubin, 1984; Winnicott, 1985).

Nas palavras de Winnicott, citado por Lopes: “aquilo a que chamamos um bebê não existe”, por não existir se não na e a partir da relação que estabelece com a mãe (que dá sentido a sua existência). Porém, essa relação existe muito antes do nascimento do bebê. Existe, desde a infância dos seus pais, enquanto fantasia de maternidade/paternidade, inscritas precocemente no processo de desenvolvimento psicosssexual (Lopes, 2003: 78).

Para além disso, existe, mais tarde, enquanto o bebê do sonho dos seus pais, através de uma dimensão imaginária que lhe concede o estatuto de ser relacional ainda antes de ter nascido (Lopes, 2003: 78).

Nas palavras de Lebovici (1988) citado por Lopes 2003, para a mãe pensar pelo bebé significa investi-lo “ (...) da complexidade da sua vida imaginativa e fantasmática”. É nesse investimento que se irá fundar a vida mental do recém – nascido, pois “a realidade interna da mãe, o seu inconsciente, constitui o primeiro mundo que é oferecido ao bebé (...) ” (Lopes, 2003).

Ocorrendo uma cumplicidade com o pai da criança, a representação cognitiva materna será facilitada e enriquecida. Ao longo da gravidez a forma como a mãe imagina o seu bebé, em função do seu projecto inicial bem como o de toda a família, influencia, sobre maneira, as interacções da mãe com a criança real (Montagner, 1988).

Quando, no segundo trimestre da gravidez, a grávida consegue sentir os movimentos fetais, e começa a perceber a autonomia do feto, as fantasias maternas concentram-se no filho que vai nascer. Consequentemente, a ligação com este torna-se mais sólida.

Vamos usar as palavras de Rubinstein (1973) para abordar o tema da imaginação. A imaginação cria algo novo. Transforma e modifica aquilo que nos é dado pela percepção. Imaginar algo significa transformá-lo. A imagem representativa é, pelo seu carácter ou natureza, uma configuração instável que se vai modificando permanentemente. Por isso está facilmente submetido à transformação.

A percepção da realidade vê-se frequentemente transformada pela imaginação sob o influxo dos sentimentos, desejos, simpatias e antipatias. Esta reforma ou transformação pode conduzir à deformação, mas também a um mais profundo conhecimento da realidade (Rubinstein, 1973).

A imaginação sob o influxo dos sentimentos e do humor, cria por vez um ideal espontâneo, podendo fazer sobressair com maior acuidade a autêntica aparência do ser humano.

Se amamos uma pessoa vemos-na quase sempre sob o prisma criador do nosso sentimento, tendo como consequência a divergência considerável entre a nossa imagem da fantasia e a real aparência dessa pessoa (Rubinstein, 1973).

A imaginação tem uma importância fundamental para a vida. Os sonhos estimulam a actividade e levam o homem a imaginar a materialização dos sonhos e a colaborar e a lutar pela sua realização com maior energia (Rubinstein, 1973).

Na actualidade, a ultra-sonografia vem contribuindo para que as mães se sintam mais ligadas ao feto. Os estudos mostram um número considerável de gestantes que somente após a primeira ultra-sonografia começam a sentir-se realmente grávidas e é também nesse momento que conseguem vislumbrar que os seus filhos não são completamente indefinidos, mas que já possuem a forma de ser humano (Fonseca et al., 2000). Essas conclusões foram corroboradas por Sioda (1984), esta autora mostrou que as gestantes não apenas viam a ultra-sonografia como incrementando a relação mãe-feto, mas também como sendo capaz de fazê-las sentirem-se mais mães e, ainda, de tornar o feto mais concreto e real (Paccinini, 2005).

Estudos realizados no início dos anos 1980 (Reading, Cox, Sledmere, & Campbell, 1984) demonstraram que as mulheres grávidas faziam uma ligação do movimento visto na ultrassonografia como o momento mais importante da gravidez e que devia ser compartilhado com o pai do bebé e os irmãos. Geralmente as mulheres acham a ultrasonografia uma experiência prazerosa e um dos melhores aspectos dos cuidados antenatais (Righetti, 2005).

Para além disso, as mulheres grávidas e seus companheiros acham que a ultrassonografia é a visível da confirmação da gravidez e representa uma nova forma de contacto com o bebé ainda por nascer (Brown, Lumley, Small, & Astbury, 1994, citado in Righetti, 2005).

Boyer and Porret (1991) realizaram uma entrevista semi estruturada com 630 mulheres grávidas, na segunda ultrasonografia com 20 semanas de gravidez e tiveram como resultado: 77% das mulheres afirmaram que a ultrassonografia as ajudaram a imaginar o bebé e 43% das mulheres passaram a sonhar mais com o bebé (Righetti, 2005).

Nos dias actuais, com o desenvolvimento da tecnologia da computação, a ultrassonografia é realizada em 3D (Tridimensional) o que permite tirar fotos do feto. E com os atuais avanços tecnológicos há a ultrassonografia 4D que permite visualizar o feto em tempo real, muito mais nítido que nos métodos usados anteriormente (2D e 3D) principalmente no que diz respeito face, braços, dedos, pernas, dedos dos pés (Righetti, 2005).

Righetti, et al 2005 realizou uma pesquisa com 44 casais cujas mulheres estavam entre as 19 – 23 semanas de gravidez e iriam realizar a segunda ultrasonografia. A amostra foi dividida em dois grupos. Ao grupo um foi realizada a ultrassonografia 2D e ao grupo dois foi realizada a ultrassonografia 4D. Foi aplicado o Questionário MAAS, PAAS (Condon, 1993) antes e após a ultrassonografia. Os resultados demonstraram que ocorreu um aumento significativo da vinculação materna durante a gravidez. Porém, um efeito consistente advindo da ultrassonografia 4D não foi evidenciado. Contudo, eles não excluem que a ultrassonografia pode ter uma sensível influência na consciência do bebé que a mulher grávida traz dentro do seu ventre.

Ao longo da gravidez, ambos os pais, normalmente, adquirem um aumento da elaboração interna da representação do feto. Uma mistura de fantasia e realidade. O feto torna-se um recipiente para as projecções. É através dessa imagem internalizada que a ligação emocional vai acontecendo (Condon, 1993).

I.6 - A Gravidez e as Tarefas Psicológicas

Antes de engravidar “de verdade”, a pessoa passa por um processo de se imaginar tendo um filho: como seria ele, se gostaria de tê-lo já ou mais tarde, o que espera de si própria como mãe ou como pai, o que um filho representaria para a sua vida. Nem sempre essas questões são tão claramente pensadas e discutidas dentro da própria pessoa ou entre o casal. Porém, seja pouco ou seja muito pensado, o “filho da cabeça” existe antes do “filho da barriga”. Sendo assim, a afirmação de que o relacionamento entre os pais e o bebê começa muito antes do nascimento, até mesmo muito antes da fecundação (Maldonado, 2002).

Vários aspectos estão envolvidos na decisão de ter um filho, é a interação de motivos conscientes e inconscientes. Aprofundar e dar expressão a uma relação homem-mulher é importante; concretizar o desejo de transcendência e continuidade, elaborando a angústia da morte e a esperança da imortalidade – simbolizado pela continuidade do nome da família; tentativa de manter um vínculo já desfeito; competir com os irmãos _ quem vai ter o primeiro filho e quem vai ter mais filhos; dar um filho para própria mãe (Colman, 1971, in Maldonado, 1997); preencher o vazio de um companheiro - garantindo que não vai ficar sozinha; a busca de uma extensão de si própria; preencher um vazio interno (Maldonado, 1997).

Nas palavras de Maldonado (2002), a gravidez é uma época fecunda em vários sentidos: não só um novo ser está sendo formado, mas também, na mulher e no homem, está se consolidando uma nova parte de si próprios – a capacidade de cuidar de uma criança. Na gestação, ocorrem modificações muito importantes: no corpo da mulher, que passa por uma série de modificações e adaptações que lhe possibilitam acolher o bebê, na vida emocional da mulher e do homem, na dinâmica do relacionamento do casal.

A gravidez é um bom momento para o auto conhecimento, a mulher está mais intuitiva, receptiva e aberta às mudanças. É comum nessa fase, de forma inconsciente, surgirem medos relacionados ao momento de seu próprio nascimento e de sua vida intra uterina. Cada gravidez é única e o casal pode reagir de diversas formas: reações de surpresa, decepção, alegria, tristeza, contentamento, desânimo, expectativa, tensão, bemestar. Essas reações podem variar a cada dia, semana ou mês ou mesmo estarem presentes simultaneamente. Qualquer que seja a reação do casal é um momento que implica mudanças e transformações físicas, psíquicas e emocionais (Rodrigues, 1997).

A Gravidez está limitada a um período temporal de, aproximadamente, 38 semanas de gestação, que vai da concepção ao nascimento do bebê. A gravidez é considerada um momento de crise e de crescimento maturacional para mulher. Este período de crise influencia tanto a dinâmica psíquica individual como as demais relações sociais da mulher.

Ao longo da gravidez, ocorrem transformações constantes e ininterruptas de ordem social, biológica, fisiológica, e psicológica. Este período representa um passo importante do desenvolvimento na vida da mulher. Novas tarefas adaptativas e libidinais confrontam o indivíduo, levando-o à revivência de conflitos não resolvidos próprios de fases precoces do desenvolvimento, e a emergência de soluções parciais ou inadequadas do passado.

A gravidez é um momento de importantes reestruturações na vida da mulher e nos papéis que esta exerce. Durante esse período ela tem que passar da condição de só filha para a de também mãe e reviver experiências anteriores, além de ter de reajustar seu relacionamento conjugal, sua situação socioeconômica (Maldonado, 1997) e suas atividades profissionais. Todas estas mudanças são mais impactantes nas gestantes primíparas (Bibring et al., 1961; Klaus &

Kennel, 1992; Maldonado, 1997), apesar de as múltiparas também as viverem com intensidade (Klaus & Kennel, 1992; Maldonado, 1997).

Num artigo clássico sobre os aspectos psicológicos da gravidez, Bibring, Dwyer, Huntigton e Valenstein (1961) referem que esta pode ser encarada como um período de crise maturacional, determinada sobretudo biologicamente, como a puberdade ou a menopausa, envolvendo modificações endócrinas, somáticas e psicológicas. “Estas crises representam passos importantes no desenvolvimento e têm em comum uma série característica de fenómenos psicológicos. Nos três períodos novas tarefas adaptativas e libidinais confrontam o indivíduo. As três crises parecem fazer reviver os conflitos não resolvidos de períodos anteriores do desenvolvimento que requerem soluções novas e diferentes”. São pontos de viragem na vida do indivíduo. Nestas situações verifica-se uma interdependência entre modificações biofisiológicas e psicológicas, sendo o processo adaptativo inevitável e a mudança irreversível; uma vez mãe já não se pode deixar de sê-lo (Campos, 2000). “Seja qual for o resultado de uma gravidez... na vida da mulher ou do casal, nada vai voltar a ser como antes” (Justo, 1994).

De acordo com a biologia, a vida tem origem a partir da fecundação do óvulo pelo espermatozóide e, após essa união, ocorre a implantação uterina, tendo assim início a gravidez. Essa nova célula é composta por um conjunto de genes, nos quais estão inscritas as características hereditárias da mãe e do pai. Essa combinação de genes é que decide quais são as características hereditárias de que o novo ser humano irá ser dotado.

Porém, do ponto de vista psicológico o início da gravidez não é tão bem definido. Algumas mulheres, relatam seres hipersensíveis, e conseguem afirmar terem percebido o momento da fecundação. Outras mulheres, talvez a grande maioria, primeiro vão dar por conta da

falta do período menstrual. Há ainda, um pequeno grupo de mulheres, que nem a falta da menstruação a fazem perceber a possibilidade de estarem grávidas.

Após confirmada a gravidez o funcionamento psicológico vai sofrer uma série de alterações importantes. Tais alterações dizem respeito à reorganização do equilíbrio dos investimentos emocionais que a mulher opera no seu cotidiano. A mulher, de uma forma geral, investe emocionalmente nas suas relações sociais, com o ciclo de amizade, com os familiares e na relação conjugal. Destes investimentos nos vários sectores de relacionamento externo, e do retorno das gratificações que pode investir em si própria, resulta um equilíbrio narcísico que sustenta a harmonia da personalidade feminina (Justo, 1994).

Quando a mulher se percebe grávida ocorre uma alteração nesse equilíbrio, e por vezes pode ser ameaçado de ruptura. Logo ao início da gravidez a mulher grávida percebe que precisa investir em si própria mais do que em qualquer outra coisa. Ela passa pelo processo, por vezes imperceptível, de desinvestimento no meio exterior e nas relações habituais. E passa a preocupar-se mais com o seu bebé e com o desenvolvimento dos seus atributos maternos. A futura mãe incrementa necessariamente o seu interesse narcísico por si própria e pela unidade mãe-feto (Justo, 1994).

Na primeira gestação, as mudanças são mais radicais; a partir do momento em que se toma conhecimento da gravidez não se trata mais só de um homem e de uma mulher formando um vínculo de duas pessoas, mas de um pai e de uma mãe criando um vínculo com um terceiro – o filho. O homem e a mulher deixam de ser apenas filhos para tornarem-se também pais. Essa transição é muito importante e acarreta expectativas, anseios e temores (Maldonado, 2002).

Na gravidez ocorrem uma mistura de sentimentos. Um dos sentimentos encontrado é o da ambivalência – a balança do querer e do não querer, da aceitação e da não aceitação, da alegria e

do temor. Ter um filho e uma decisão muito séria porque envolve um compromisso irreversível para o resto da vida. O que faz surgir uma série de emoções e sensações em diferentes intensidades. Momentos de ternura e carinho se misturam com sentimentos de raiva, impaciência e intolerância (Maldonado, 2002).

Actualmente, a gravidez normal pode ser descrita em três fases: incorporação, diferenciação e separação. Estas três fases comportam um encadeamento de 6 tarefas psicológicas: aceitar a gravidez, aceitar a realidade do feto, reavaliar a geração parental anterior, reavaliar o relacionamento com o parceiro; aceitar o bebé como uma pessoa individualizada e integrar a identidade parental (Campos, 2000).

I.6.1 – O Primeiro Trimestre da Gravidez

Com a possibilidade actual dos casais controlarem a sua fertilidade a preparação para engravidar ocorre muito antes, ela acontece quando o casal planeia ter um filho. Mudando a alimentação, tomando suplementos vitamínicos, fazendo exercícios, meses antes de deixarem de tomar contraceptivos. Fazem o que podem para tentar garantir uma gravidez saudável e um bebé saudável.

Do ponto de vista da mulher, a relação sexual é o princípio do processo físico de engravidar e dar à luz, bem como de criar uma criança. A relação também impõe um processo de abertura, tanto emocional como fisicamente; a mulher dando boas vindas ao homem ao interior do seu corpo, o seu espermatozóide nadando até o colo do útero e, se a fertilização e a implantação ocorrem, o futuro bebé instalando-se no útero (Colman & Colman, 1994).

A partir do momento da percepção da gravidez – consciente ou inconsciente – é que dá início a formação da relação materno-filial e as modificações na rede de intercomunicação

familiar. É nesse momento, que se instala a vivência básica da gravidez que vai se manifestar ao longo da gravidez e após o parto (Maldonado, 1997).

A gravidez é dividida em três trimestres. No primeiro trimestre ocorre a fase de percepção da gravidez, que depende de como cada mulher está em sintonia com seu corpo. Neste período, a realidade psíquica da mulher grávida entrecruza-se com os aspectos culturais do seu meio e, neste clima, vive as transformações somáticas que começam a acontecer (Justo, 1994).

Nessa primeira fase, para a grávida e o seu companheiro, a tarefa mais importante é aceitar a realidade da concepção e, para a mulher, lutar com o corpo com tudo o que isso significa. Em circunstâncias ótimas, essa fase é um tempo de alegria, quando o segredo do útero está escondido bem dentro da mulher, quando ela pode partilhar a gravidez selectivamente com aqueles a quem escolhe para contar (Colman & Colman, 1994).

Após a percepção da gravidez, tem a fase de ambivalência que seria: estar ou não estar feliz, querer ou não querer a gravidez, aceitar ou não aceitar. Há sempre uma oscilação entre desejar e não desejar aquele filho. Mesmo quando ocorre a predominância da aceitação ou rejeição, o sentimento oposto está sempre presente. A complexidade do relacionamento humano permite a coexistência dos mais diversos sentimentos. Sendo essa fase o início de grandes transformações interpessoais e intrapsíquicas, aceitação familiar, dentre outras (Maldonado, 1997).

A mulher grávida lida com sentimentos inconscientes de rejeição e, em simultâneo, sentimentos conscientes de aceitação da criança. Tal confronto de sentimentos coincide, no tempo, com a reelaboração da relação mãe-filha, na qual se negocia a identidade da personalidade feminina da mulher grávida (Justo, 1994 e Rato, 1998).

Segundo Colman & Colman (1994) no primeiro trimestre da gravidez são trabalhados pela grávida, os conflitos relacionais com a sua mãe. A fase da incorporação constitui o período de aceitação da gravidez, implicando o ajustamento da mulher às expectativas da maternidade e um trabalho à volta da identidade feminina.

Um dos sintomas que geralmente aparece na mulher grávida é a hipersónia: há uma necessidade de dormir mais que o habitual, a mulher grávida diminui o seu investimento no meio e centra-se sobre si mesma afastando-se dos outros. O aumento do sono revela-se, contudo, uma defesa adequada uma vez que ao favorecer a negação dos estímulos internos e externos proporciona ao organismo um maior repouso, necessário ao processo que se inicia. A insónia deve ser sempre considerada como a expressão de uma situação externa de ansiedade em relação a gravidez (Rato, 1998).

Com relação aos sonhos, esse período, apresenta conteúdos oníricos que exprimem a confusão, no espírito da mulher que sonha, a cerca da identidade do feto, que ela não sabe distinguir da sua pessoa. É, talvez, devido às angústias provenientes dessa indiferenciação entre a mãe e o feto que os sonhos apresentam, inúmeras vezes, ameaças e perigos imaginários que podem acontecer à criança ou à mãe (Justo, 1994). Pode ocorrer fantasias estranhas e sonhos sobre o organismo desconhecido, invisível e ainda não sentido, que cresce no interior do corpo da mulher (Colman & Colman, 1994).

Além disso, há alterações neuroendócrinas que causam náuseas, vômito. Estes sintomas, além das mudanças de humor, poderiam também ser explicados psicologicamente: rejeição ou negação da gravidez, peso pela responsabilidade de gerar e manter uma vida, medo da ocorrência de problemas congênitos, apreensões em relação às prováveis modificações da estética corporal.

Durante o segundo e terceiro mês dá-se a formação da placenta que também gera algumas ansiedades, porque reactiva fantasias de roubo e esvaziamento (Rato, 1998).

Nessa fase ocorre uma modificação nos hábitos alimentares, onde é comum ouvir a frase “agora você come por dois”. A grávida passa a comer mais e, em alguns casos, coisas imprevistas, o que é justificado pela cultura como sendo necessidade de alguma substância química. É rara a tendência para rejeitar a comida (Justo, 1994).

Acontecem ainda algumas alterações no relacionamento sexual entre os cônjuges, os estudos apontam, para uma redução da frequência e da intensidade do acto sexual. Essa redução ocorre mais nas grávidas primíparas, sendo justificada pela fantasia de machucar o bebé. Tende a ser uma redução temporária, e acaba por desaparecer ao longo do próximo trimestre da gravidez.

Realizada, a incorporação do bebé e a ideia de estar grávida, tarefa do primeiro trimestre de gravidez, a futura mãe dá o passo seguinte e entra no segundo trimestre da gravidez. Agora convencida e confiante na sua gravidez. Vivenciou e experimentou conflitos emocionais profundos, e sente aquela agitação abdominal como compensação e recompensa das modificações que entretanto se produziram em si e no quotidiano da sua família (Justo, 1994).

I.6.2 – O Segundo Trimestre da Gravidez

O segundo trimestre da gravidez, do ponto de vista emocional, é considerado estável. No segundo trimestre, talvez o mais calmo, é elaborado o significado da gravidez no contexto da vida conjugal. A fase da diferenciação tem início com a percepção da mãe dos primeiros movimentos fetais. A confirmação da vitalidade e independência funcional do feto põe em marcha o processo de autonomização da grávida em relação ao seu bebé (Justo, 1994, Campos, 2000).

Há o impacto dos primeiros movimentos fetais os quais atingem o “pai” que não pode experimentar essas sensações de forma direta (Maldonado, 1985). A percepção dos movimentos fetais pode aparecer cerca dos três meses e meio, no entanto geralmente aparece por volta dos cinco meses. Mas também pode acontecer que esta percepção só se dê no sexto ou mesmo no sétimo mês; neste caso diz-se que houve embotamento da percepção que se deve à negação. Estas distorções da percepção por negação ou por projecção, juntamente com as suas respectivas fantasias, exprimem um profundo estado de ansiedade que é comum a todas as grávidas. A ansiedade perante a percepção dos movimentos aparece conscientemente de várias maneiras: temor ao filho disforme, medo de morrer no parto ou angústia do próprio corpo disforme e medo de ficar assim (Rato, 1998).

Nesta fase as grávidas, que já sentiram os primeiros movimentos fetais, apresentam um alívio da tensão psicológica interna. Provavelmente, a mulher grávida começa a produzir e a elaborar fantasias a cerca do bebé. “Pode ter os olhos do pai”; “pode ser uma menina”; “pode vir a ser uma criança normal” e assim, a futura mãe vai idealizando o seu bebé; “quando crescer vai ter olhos azuis iguais ao pai, e vai ser jogado de futebol, vou comprar-lhe o uniforme do meu time”. Esses pensamentos, da mulher grávida, permitem compreender algumas coisas. Na vida emocional e de fantasia da mulher o bebé está a ganhar características. Feições, tamanho, cores, são os primeiros atributos da identidade do futuro bebé. Em breve essa primeira identidade inventada passará a contar com algumas características de temperamento. “O meu bebé mexe muito”, “é muito agitado” (Justo, 1994).

Assim, nas palavras de Justo (1994), o bebé vai ganhando vida própria, e vai ficando cada vez mais autónomo, mais independente. E vai tornando-se cada vez mais diferenciado da mãe, e cada vez menos fundido/confundido com a mãe. É justamente nesse processo de

diferenciação psicológica, construído na psique materna á medida que a diferenciação fisiológica se afirma, que consiste a tarefa mais importante do segundo trimestre. Este jogo da diferenciação psicológica mãe-feto impõe o reconhecimento da autonomia do novo ser que a mãe traz dentro do seu ventre. A futura mãe começa a perceber que há um processo com regras e ritmos que vão para além da sua vontade. O bebé começa a ter identidade própria e comportamentos autónomos, assim, já se pode conversar com ele. A fala mãe fala ao bebé, surgindo uma relação íntima entre os dois. Na opinião de Leff (1980), citado por Justo (1994) o processo de familiarização entre os dois seres começa aqui mesmo, neste intercâmbio de comportamentos e de emoções, que só tem significado por ocorrerem nesta díade em movimento: dois seres que se conseguem afastar, na medida em que se conhecem cada vez mais.

A tarefa do 2.º trimestre é uma diferenciação psicológica, à medida que prossegue a diferenciação fisiológica. Mas a mãe, além de aceitar uma autonomia do feto, tem que aceitar que o seu controlo sobre ele é cada vez menor. Para compensar a sensação da redução do controlo, verifica-se um enriquecimento da vida de relação. A relação a elaborar é a relação mãe-feto, e assiste-se a uma redução progressiva dos sintomas que exprimem conflitos internos, verificando-se um aumento do relacionamento sexual (Campos, 2000).

Parece haver uma reactivação da problemática anal com sintomas como diarreias ou obstipação. A passagem de preocupações do tipo oral para preocupações de tipo anal é acompanhada de uma alteração emocional importante. Em pleno segundo trimestre vai dar-se uma reavaliação da relação com o marido. A necessidade de dependência transfere-se da mãe para aquele, e constitui a tarefa psicológica essencial do 2.º trimestre (Colman & Colman, 1973). Esta mudança permite reinventar a relação conjugal. A mulher reintroduz o bebé na relação com

o marido, conquistando o seu apoio emocional, podendo depois utilizá-lo na etapa seguinte (Campos, 2000).

As expectativas em relação à saúde do feto e ao corpo continuam. Nesta fase a mulher passa a vivenciar outras preocupações, muitas delas em manter a sua vida conjugal estável. As alterações do desejo e desempenho sexual tendem a aumentar, o que normalmente traz medo de, durante a relação sexual, machucar o bebê. Então é importante trabalhar com as gestantes essa questão procurando desmistificar noções préconcebidas e deixar claro que, nesta fase, as atividades e periodicidade das relações sexuais devem ser decididas pelo casal (Maldonado, 1985; Secretaria do Estado da Saúde de SP, 1993), excetuando-se, naturalmente, as situações onde o ato sexual represente um factor adicional de risco para a manutenção da gravidez.

Além disso, esta fase caracteriza-se também por uma maior introversão e passividade feminina, características que são importantes para a preparação do papel de mãe. Algumas variantes comportamentais podem ser observadas, entre as quais maior ansiedade e agitação. As gestantes passam por uma fase de querer mais receber do que dar, motivo gerador de conflitos se o marido não estiver preparado, ou mesmo conflitos com os próprios filhos, se múltipara (Maldonado, 1985, citado In Rato 1998).

A actividade sexual com o parceiro volta a normalizar-se. Bem como as perturbações gástricas, náuseas, vômitos e indisposições matinais, entram em decréscimo e a mulher pode aventurar-se em alguns exageros alimentares, que são bem aceitos e por vezes incentivados pela nossa cultura. Porém, diarreias e obstipação podem ocorrer em muitas grávidas. Parece haver uma reactivação da problemática anal. São reactivadas certas experiências emocionais da infância, por exemplo, a interiorização dos hábitos de higiene pessoal (Justo, 1994).

Nesse período da gravidez, a mulher vai reavaliar a relação emocional com o marido. Ocorre a transferência da necessidade da dependência da mãe para o marido. Ao reinventar a relação com o companheiro, a mulher grávida reintroduz o bebê na relação com o marido. Compartilhando com o marido a vivência interna do feto conquistando assim o apoio emocional do companheiro. Com relação aos sonhos, a mulher sonha com perigos que podem acontecer a uma figura que representa simbolicamente o marido, que nesse momento é a pessoa que a mulher grávida nomeou como relação de dependência e apoio. É o companheiro que vai garantir os recursos necessários para enfrentar a ameaça que aí vem, o final do segundo trimestre anuncia a aproximação do momento da separação (Justo, 1994).

I.6.3 – O Terceiro Trimestre da Gravidez

No terceiro trimestre, aparecem os temas relacionados com a separação e com o parto, e é elaborada a separação do bebê. A grávida começa a preparar-se para o nascimento e o casal mobiliza-se para a separação que vai acontecer. Este é o momento em que o casal inicia a contagem descendente para o nascimento do bebê (Campos, 2000; Justo, 1994). O terceiro trimestre traz uma exacerbação dos sintomas de ansiedade com a proximidade do parto e a mudança na rotina. É o período em que a mulher se prepara para a separação que ocorre no momento do parto. Os temores vêm à tona, como o medo de morrer no parto, preocupação com a saúde do bebê ao nascer, temores em relação à amamentação e à recuperação da forma do corpo. Nesta fase há muitos relatos de sonhos com o parto, com o bebê, com o corpo (Maldonado, 1985, in Rato, 1998, Campos, 2000).

Nesta fase são reactivados os sentimentos de ambivalência vividos no primeiro trimestre. Por um lado, a aproximação do parto é motivo para sentimentos de orgulho e de realização, o

confronto com a dor e o sofrimento imaginados é motivo de receio e ansiedade. O momento do parto, também apresenta duas vertentes, uma representa um ganho relacional, na medida em que introduz o bebê na vida familiar. A segunda vertente, representa uma perda na medida em que retira à mãe os benefícios relacionais que derivam do estado da gravidez (Justo, 1994).

No Terceiro Trimestre a grávida vai sonhar com bebês, com crianças e por vezes com salas de parto. Sonha também com a perda do marido. Outros conteúdos apresentados nesse período são a mulher encontrar-se rodeada de água e nada desesperadamente para lado nenhum. Pode sonhar que está fechada numa sala da qual não encontra saída possível. Ocorrem sonhos onde a mãe o bebê se perde ou morre após o nascimento (Justo, 1994).

Nesse período, sentimentos negativos podem facilmente ser disfarçados em desconforto físico e possíveis expectativas desagradáveis da experiência do parto. A partir do sétimo mês pode dar-se a inversão interna que coloca a criança de cabeça para baixo. A percepção destes movimentos provoca uma intensa crise de ansiedade que é totalmente inconsciente e se traduz de diferentes formas tanto a nível psíquico como somático (Rato, 1998).

A ansiedade, no terceiro trimestre, apresenta uma relação directa com os problemas ligados ao trabalho de parto e ao nascimento. As grávidas com um elevado índice de ansiedade apresentam maior incidência de problemas obstétricos, trabalho de parto mais prolongado, maior número de forceps e cesarianas, maior consumo de analgesias e de anestésias. O que podemos concluir que a ansiedade influencia no desenvolvimento do trabalho de parto (Justo, 1994).

Se a crise de ansiedade for muito intensa, os músculos pélvicos podem contrair-se de tal modo que não permitem a inversão normal. Normalmente esta crise de ansiedade corresponde a fantasias de esvaziamento. O oitavo mês pode mesmo ser o período mais desconfortável da gravidez, uma vez que o bebê aí já atingiu o seu tamanho máximo, mas ainda não encaixou na

pélvis, pronto para ser expulso. A mulher pode sentir que as suas veias estão inchadas, que lhe é difícil tomar fôlego. Quando a gravidez se aproxima do termo, voltam a aparecer crises intensas de ansiedade conscientes e em que é expresso o temor à morte no parto, à dor, ao parto traumático, por forceps ou cesariana, ao filho disforme e à morte do filho (Rato, 1998).

I.6.4 – Adaptação Fisiológica à Gravidez: Manifestações Somáticas

Ao longo da gravidez o corpo da mulher sofre uma série complexa de adaptações fisiológicas que asseguram condições adequadas para o crescimento e o desenvolvimento da unidade feto-placentária. O sucesso do desenvolvimento do produto da concepção e da adaptação fisiológica do organismo materno está na acção hormonal desencadeada pela estrutura sinciotroblástica e posteriormente pela unidade feto-placentária de onde esta deriva. Nas palavras de Leite citado em Mendes (2002) “partem estímulos e sinais que permitem ao organismo adaptar-se de modo adequado às crescentes necessidades fetais, quer no aspecto qualitativo quer quantitativo”. Essas adaptações ocorrem no organismo materno se desenvolvem para facilitar o crescimento e o desenvolvimento do feto e assegurar o bem-estar materno.

As manifestações somáticas do primeiro trimestre de gravidez estão relacionadas com as adaptações que ocorrem ao nível talâmico e medular, do sistema gastro intestinal, do sistema urinário e das glândulas mamárias, resultantes dos efeitos da acção hormonal da progesterona e estrogénios: como manifestações somáticas podem ocorrer: aparecimento de fadiga, cansaço fácil, sonolência, náuseas e vômitos, aumento de secreções vaginais, aumento de peso e tensão mamária com desconforto (Mendes, 2002).

No segundo trimestre de gravidez são comuns os sintomas: obstipação, a baixa tendencial da tensão arterial pode fazer surgir fenómenos de hipotensão ortostática, hiperpigmentação na

face, na aréola e na linha alba, aparecimento de estrias grávidas, aumento da secreção sebácea e da sudorese, ocorrência de câibras e lombalgias (Mendes, 2002).

No último trimestre da gravidez o grande volume uterino é o factor que condiciona a maioria dos sintomas, que são: a pirose e o enfartamento, sensação de dificuldade respiratória, aparecimento ou o agravamento de varizes, o edema dos membros inferiores e a síndrome de hipotensão supina, devido à compressão da veia cava inferior pelo útero. A compressão exercida pela apresentação fetal, pode agravar a polaquiúria. São frequentes a fadiga e o desconforto físico, bem como a dificuldade de dormir e repousar (Mendes, 2002).

I.7 – A Patologia da Gravidez

Muitos estudos vêm sendo desenvolvidos a cerca da patologia da gravidez onde demonstram existir uma forte ligação entre as funções emocionais da mulher grávida e as diferentes patologias, bem como os problemas relacionados ao parto. Para além disso, demonstram que os problemas obstétricos são motivados e estimulados por factores emocionais.

Segundo Bibring (1961), a gravidez “põe à prova a saúde psicológica da mulher e, sob condições externas desfavoráveis, conduz a soluções neuróticas ou até mesmo psicóticas”.

Os problemas obstétricos ocorrem em momentos distintos ao longo da gestação. Onde os estudos demonstram o início e o processo de disfunções obstétricas específicas que cada mulher apresenta ao longo do período da gravidez. Em um bom número de casos que ocorrem náuseas e vômitos, hiperemesis gravidarium, interrupção espontânea da gravidez, pré eclampsia e toxemia eclâmpica, parto prematuro e complicações no parto estão relacionados com o estado emocional da grávida.

Segundo estudos de Klebanoff (1995) realizados numa mostra americana, o vômito é mais frequente nas grávidas que apresentam as seguintes características: a) primeira gravidez, b) jovens, c) menos de doze anos de vida acadêmica, d) não fumadoras, e) com mais de 77 quilos; para além disso, a grávida apresenta maior possibilidade de evitar um aborto ou stillbirth, uma menor possibilidade de ter um bebé prematuro e uma alta probabilidade de ocorrer vômitos numa gravidez futura. Esses estudos demonstraram ainda que a má formação congénita não estão associados aos vômitos. Os estudos de Little (1980) demonstraram uma relação entre o peso do recém-nascido e a náusea e vômito (citado In Justo, 2002).

Os problemas clínicos têm sido interpretados como resultado de variáveis psicológicas ou de funções mentais das grávidas. Helen Deutsch aponta que os vômitos no início da gravidez são consequência da ambivalência emocional para a gravidez e para o futuro do bebé. Deutch (citada por Chertok *et al.*, 1963) referia que a atitude das mulheres que vomitam não é de rejeição, mas sim de ambivalência. A hipótese de investigação de Chertok *et al.* (1963) era de que haveria uma relação entre o vômito e a atitude da mãe face à criança, e que seria a ambivalência e não a rejeição a provocar esse vômito. A sua hipótese foi confirmada. Nas suas palavras: “Não é a rejeição, mas uma atitude mais complexa, em que a tendência à rejeição conflitua com a tendência no sentido oposto”. O vômito seria a manifestação mais natural desse conflito, embora pudessem existir outras (Campos, 2000; Justo, 2002).

Nos estudos de Chertok, Mondzain e Bonnaud em entrevista com cem grávidas primíparas, no terceiro mês de gravidez, afirmam que o vômito no início da gravidez é muito mais frequente em mulheres emocionalmente ambivalentes (75%) do que nas mulheres com atitudes claramente definidas (61%). Afirmam que mulheres com atitudes ambivalentes com relação ao marido ou com a sua mãe desenvolvem problemas no início da gravidez (Justo, 2002).

Outro problema relacionado com a gravidez é a Hiperemese gravídica é o vômito excessivo com a perda de peso e desidratação. Algumas definições são apresentadas pelos seguintes autores: Della Nina (1997) define o quadro de hiperemese quando a gestante apresenta vômitos freqüentes após a décima segunda semana de gestação, o que lhe traria uma possível alteração do equilíbrio hidroeletrolítico e da nutrição. Sipiora, Murtaugh, Gregoire e Duffy (2000) descrevem a gestante hiperemética como aquela que apresenta náuseas e vômitos intensos, o que poderia prejudicar o desenvolvimento fetal, além de acarretar perda de peso materno. Neme (1994) aponta que tal perda de peso pode dar-se de forma tão rápida que a gestante pode chegar a perder de 300 a 500 gramas por dia.

As causas da Hiperemese gravídica ainda são desconhecidas. Porém, alguns autores, à luz da teoria psicanalítica, tentam explicar as origens da Hiperemese gravídica e da resistência ao tratamento médico. Afirmam que as pacientes com esse problema apresentam: uma rejeição inconsciente da feminilidade; apresentam dificuldade de tratar os atributos da personalidade feminina e apresentam uma excessiva infantilidade; uma alta probabilidade de personalidade histérica; apresentam dificuldades de ajustamento sexual e altos índices de imaturidade psicológica, depressão e ansiedade. A sugestão de Caruso é que essas pacientes apresentam uma relação patológica com seus maridos, essa relação baseia-se na negação (Justo, 2002).

Baseado em pesquisas realizadas a respeito da Hiperemese gravídica podemos ter acesso a alguns conflitos internos que poderão ser a causa desse problema, entre eles: a falta de desejo pela gravidez devido a dificuldades com o marido; infelicidades com o marido e o divórcio eminente; a gravidez representa uma perda na carreira profissional da gestante; relações maritais frígidas a gravidez ser proveniente de um caso extra conjugal; preferência pela personalidade masculina e uma não aceitação da gravidez, da maternidade (Justo, 2002).

Outro problema durante a gravidez é a interrupção espontânea da gravidez. É definida como a expulsão uterina do feto ou de um feto não viável. Independentemente da causa médica subjacente, a perda espontânea da gravidez representa uma perda precoce, usualmente nas primeiras 20 semanas da gravidez, de forma repentina e inesperada.

As reacções psicológicas a uma situação de abortamento são múltiplas e não estão relacionadas, linearmente, com o tempo de gestação. Dependem da motivação e desejo da gravidez, do investimento emocional nela depositado e na ligação com o bebé. As mulheres que sofrem uma perda espontânea estão mais vulneráveis a apresentar tristeza, frustração, desapontamento, raiva - em relação às outras mulheres grávidas, aos médicos, aos maridos - e culpam a si próprias por acharem não ter tido os cuidados necessários.

É comum nas mulheres que sofreram aborto apresentarem amargura, sofrimento, depressão e ansiedade. A culpa é um dos aspectos mais difíceis que o homem e a mulher têm de lidar. Em alguns casos o sofrimento permanece por anos. Felizmente, os estudos mostram, que na grande maioria dos casos (75%) conseguem superar a perda, e ao longo dos próximos meses a ansiedade, a culpa e a preocupação vão diminuindo (Justo, 2002).

Um problema que afecta 8% das gestações é a pré-eclampsia, cujo início é lento e insidioso na segunda metade da gravidez. É a hipertensão arterial acompanhada de proteinúria (presença de proteínas na urina) ou de edema (retenção líquida) que ocorre entre a 20a semana de gestação e o final da primeira semana pós-parto. A eclâmpsia é uma forma mais grave de pré-eclâmpsia que produz crises convulsivas ou o coma.

Ela é mais comum nas primeiras gestações e em mulheres que já apresentam hipertensão arterial ou algum distúrbio vascular. A eclâmpsia ocorre em 1 de cada 200 mulheres com pré-eclâmpsia e é geralmente fatal, exceto quando tratada imediatamente. A causa da pré-eclâmpsia e

da eclâmpsia é desconhecida. Um risco importante da pré-eclâmpsia é o descolamento prematuro da placenta da parede uterina.

A pré-eclampsia permanece um bom predictor de doença materna severa como insuficiência renal e insuficiência ou ruptura hepática e o aumento da frequência de cesáreas, assim como repercussões fetais tais como: um bom predictor do nascimento prematuro, e para a retardo do crescimento intrauterino, o baixo peso ao nascimento e morte neonatal e perinatal, descolamento prematuro da placenta, prematuridade e suas consequências (Justo, 2002; Souza et al, 2007).

A psicologia vem se interessando pelas pesquisas sobre a pré-eclampsia devido ao facto da hiperpressão arterial ser influenciado por factores psicológicos e os factores psicológicos influenciarem a gravidez. Em pesquisas realizadas observou-se que as mulheres com pré-eclampsia apresentavam: a) elevado índice de estresse, rejeição a gravidez e uma avaliação negativa dos seus maridos; b) apresentavam um alto índice de sintomas psiquiátricos durante a gravidez, lembram-se de uma atitude conturbada com relação a menarca, reportavam tensão pre menstrual, um pobre ajuste sexual, experimentaram mais eventos de perturbação durante a gravidez, expressavam atitudes negativas com relação ao bebé em comparação ao grupo controlo, c) em grande maioria trabalhavam sobre muito estresse ou estavam a procura de trabalho durante a gravidez (Justo, 2002).

I.8 – A Relação Psicológica no Trabalho de Parto

O parto é um momento crítico na vida da mulher marcando o início de uma série de mudanças. No entanto, por outro lado, as mudanças durante a gravidez são lentas e graduais, no parto as mudanças são intensas e bruscas. Verifica-se uma rápida e nova transformação do esquema corporal, alterações profundas do ritmo e da rotina familiar com a vinda do bebé e dá-se a separação de dois seres que anteriormente estavam unidos. O imprevisível, o incontável e o desconhecido são características que fazem do parto um momento crítico e no qual surgem muitas ansiedades (Maldonado, 1997; Rato, 1998).

Nas palavras de Rodrigues (1997) “ O parto é um momento rico e complexo na vida da mulher ao mesmo tempo lindo e doloroso, dignificante, inesquecível que nos remete à nossa própria origem, ao que somos de mais verdadeiro, simples e natural”. Segundo a autora, para esse momento ser vivido em plenitude a mulher tem que se preparar para enfrentar as contrações intensas, o medo do desconhecido, a sensação de ruptura do próprio corpo. É um momento que a mulher precisa ter força, coragem, entrega, é preciso acreditar no próprio corpo e na natureza. Sentir que um ser pequenino cheio de força e determinação está pronto para deixar o aconchego do útero.

Nas palavras de Maldonado (1997) “o parto se constitui em momento crítico por várias razões: é sentido como uma situação de passagem de um estado a outro, cuja principal característica é a irreversibilidade”. Um dos factores gerador de ansiedade e de insegurança é não saber exactamente quando e como vai se desenrolar o trabalho de parto, o que implica a incapacidade de controlar o nascimento do bebé. O parto é um momento imprevisível e desconhecido sobre o qual a mulher não tem controlo.

Um dos temores mais comuns entre as mulheres grávidas é o de não saber reconhecer os sinais do parto e ser pega de surpresa. Os sinais do trabalho de parto nem sempre são claros. Por exemplo, a bolsa d'água pode não se romper, a mulher pode não se dar conta das contrações, desse modo boa parte do trabalho de parto transcorre sem ser percebido. Por outro lado, ocorrem “alarmes falsos”: uma pequena perda de líquido, desprendimento do tampão, contrações regulares; podem ocorrer contrações frequentes sem um processo correspondente de dilatação. São vários os factores que tornam o parto um momento de crucial importância (Maldonado, 1997).

A possibilidade de ocorrerem interferências no trabalho de parto motivadas por factores subjectivos inerentes ao funcionamento psicológico das parturientes é uma suspeita antiga entre os médicos e os enfermeiros que se dedicam a essa fase peculiar no ciclo de vida da mulher. A descrição dos estágios e das fases do trabalho de parto, bem como algumas alterações fisiológicas que nele tomam lugar é indispensável á compreensão das influências psicológicas que pretendemos aclarar (Justo, 2005).

Estudos realizados por Friedman (1954) possibilitaram a obstetrícia moderna estabelecer seqüências capazes de descrever os diferentes momentos por que passam a aproximação e a concretização do trabalho de parto. Sendo assim, dividido em três etapas.

A primeira etapa é constituída por três fases diferentes: a fase inicial, que começa com a instalação das contrações uterinas induzindo o apagamento do colo do útero e a dilatação lenta e moderada da abertura cervical; a segunda fase, é a activa, a dilatação é mais rápida e contrações uterinas se tornam mais longas, mais fortes e mais próximas no tempo; a terceira fase é a fase de transição, quando a dilatação atinge os dez centímetros e se aguarda o início do trânsito do bebé no canal de parto.

A segunda etapa do trabalho de parto, geralmente denominada por período expulsivo, inicia-se com a deslocação do bebé e finda com o seu nascimento. A terceira etapa, começa após o nascimento do bebé, e consiste na separação e expulsão da placenta.

Ocorrendo a necessidade de manter uma vigilância clínica muito apertada nos primeiros sessenta minutos pós parto, convencionou-se designar pela fase quatro o período de tempo em que a avaliação do útero e do períneo é realizada permanentemente, e a tensão arterial e a pulsação da puérpera são registradas em quinze e quinze minutos (Justo, 2005).

Embora o trabalho de parto seja considerado como um esforço cuja responsabilidade recai sobremaneira na futura mãe, a verdade é que uma boa parte do seu sucesso se deve à colaboração silenciosa do indivíduo que vai nascer.

Durante os anos cinquenta do século XX, a importância dos factores psicológicos no trabalho de parto já eram postos em evidência. Estudos nessa área conseguiam detectar uma associação entre disfunção uterina e um conjunto de sinais psicológicos (supressão ou repressão de sentimentos de tensão, atitude reservada, suspeição, dificuldade de verbalização acerca da vida e dos seus problemas, e excesso de convencionalidade). Nos anos sessenta, os estudos elegeram a avaliação da ansiedade durante a gravidez como forma mais objectiva de relacionar a vida emocional da mulher grávida com as dificuldades do trabalho de parto (Justo, 2005).

As emoções positivas da mulher, como confiança e tranquilidade, e as emoções negativas, como ansiedade profunda, podem ter um papel decisivo na hora do parto. Observou-se que nas mulheres ansiosas os partos eram mais longos e podiam ter complicações, por outro lado, os partos mais fáceis eram de mulheres calmas que tinham sentimentos menos ambivalentes ante a maternidade e menos conflitos com as suas próprias mães (Rodrigues, 1997).

Estudos realizados com a aplicação de escalas que avaliam o nível de ansiedade, constataram que as grávidas que apresentavam: problemas obstétricos e problemas pediátricos à nascença, a média de ansiedade era mais elevada do que o grupo que não apresentavam esses problemas. Os estudos que avaliam a vivência da ansiedade na gravidez e o sucesso do trabalho de parto cada vez mais reforçam a relação existente entre os dois. Um aspecto interessante da relação entre ansiedade durante a gravidez e a ocorrência de complicações obstétricas no fim da gravidez e durante o trabalho de parto é o facto de, possivelmente, a ansiedade interagir com o apoio social e com os recursos de coping da grávida, uma vez que estas três variáveis em conjunto explicam uma parte importante da variância de acontecimentos clínicos muito neste âmbito (Justo, 2005).

Algumas investigações centraram-se mais especificamente nos aspectos psicológicos que podem influenciar o parto prematuro. Rizzardo (1985) refere que a ansiedade pode ter influência em várias situações obstétricas, nomeadamente precipitação do trabalho de parto, ameaça de parto prematuro e parto prematuro, entre outras (citado In Campos 2000).

Estudos realizados apontam que alteração de vida durante a gravidez é preditiva da ocorrência das dificuldades do trabalho de parto, quando os recursos psicológicos e sociais da mulher em causa não são suficientes para criar uma resposta saudável. Em relação a duração do trabalho de parto, sabemos que aquela é particularmente prolongada nas mulheres que durante a gravidez evidenciam conflitualidade psicológica face à reprodução, sobretudo na ausência de sinais relacionados com o processo de adaptação que deveria estar a decorrer (Justo, 2005).

Se os aspectos psicológicos influenciam a experiência da gravidez vista como um processo de desenvolvimento biopsicossocial, então esperamos que influenciem o decorrer do trabalho de parto; até porque o parto é o evento final do processo gravídico, o seu término, ou o

seu desfecho natural. A forma como a gravidez é vivida parece preditora da forma como decorrerá o parto; com mais ou menos perturbações obstétricas e pediátricas, com mais ou menos dor e com mais ou menos satisfação (Campos, 2000).

O nível de ansiedade parece um factor decisivo. Poderíamos pensar que, quando o trabalho de parto é marcado por dificuldades, o processo de desenvolvimento psicológico da gravidez não terá sofrido um bloqueio, mas talvez não tenha corrido da melhor forma. Provavelmente, devido à ansiedade e (ou) à menor capacidade para lidar com as adversidades psicossociais e biológicas inerentes à gravidez, que resultam, por sua vez, da interacção de características de personalidade, factores biológicos e acontecimentos ambientais, entre outros possíveis factores. Se o processo não decorreu de forma saudável, então o parto também sofre contrariedades. O que parece evidente é que a ansiedade e a incapacidade de lidar com as adversidades, correlacionam-se com as dificuldades no parto e, é de todo o interesse minimizá-las através da intervenção psicológica, tendo em conta que um parto com sofrimento abre as portas para uma relação mãe-bebé conturbada (Campos, 2000).

Outro aspecto psicológico, directamente ligado a ansiedade, é o uso dos mecanismos de defesa que o ego selecciona para lidar com a gravidez. O mecanismo de negação que, quando usado para contrariar os aspectos negativos da gravidez parece estar associado com uma maior incidência de problemas obstétricos, nomeadamente as dificuldades do trabalho de parto. Por outro lado, a aceitação e o confronto com a realidade parecem associar-se a uma redução na incidência das dificuldades obstétricas. Observa-se uma maior incidência de cesarianas nas mulheres que apresentam depressão ao longo da gravidez.

O parto prematuro poderia estar relacionado com uma paragem na sucessão de fases e de tarefas do processo de desenvolvimento psicológico. Sabe-se que a gravidez não desejada se

relaciona com o parto prematuro (Johnson & Dubin, 1980 citado In Campos, 2000) mediada, diríamos nós, por uma paragem no processo descrito. Seriam “mães prematuras” que dariam à luz bebés prematuros. Estes bloqueios seriam determinados pelas características psicológicas destas mulheres (Campos, 2000).

Omer, Elizur, Barnea, Friedlander e Palti (1986) citam estudos retrospectivos em que variáveis como: o stress, as tendências psicopatológicas e as atitudes negativas face à maternidade eram mais pronunciados nas mulheres que davam à luz prematuramente. Citam apenas um estudo prospectivo, onde se revela, que estas mulheres apresentam laços menos fortes com as suas famílias e estão menos bem adaptadas socialmente. Em outro estudo, os autores chegaram a seguinte conclusão: o grupo das grávidas com parto prematuro ou com contracções prematuras, teve um nível de ansiedade-traço mais elevado e mais queixas físicas do que as grávidas que não apresentaram nem sinais, nem parto prematuro. Os autores sugerem que a ansiedade e, possivelmente, outras tendências psicopatológicas podem estar associadas com o aumento de risco de contracções prematuras. Levantam também a possibilidade de serem as características da personalidade os melhores preditores do fenómeno do parto prematuro. Possivelmente, não seriam as tendências psicopatológicas só por si que levariam à ocorrência deste fenómeno, mas, poderiam aumentar o risco quando associadas a outras características (citado In Campos, 2000).

I.9 – A Ligação Paterna Durante a Gravidez

Nas palavras de Ainsworth (1989), “apesar de testemunhos e da literatura afirmar que os pais podem ter uma forte ligação afectiva com os seus filhos, a tendência tem sido considerar que a ligação do pai ao filho é de algum modo menos profunda que a ligação que a mãe tem com o

seu filho. Estudos realizados a respeito da interação dos pais com seus filhos sugerem que o pai pode e às vezes executa um papel caregiving e torna-se presumivelmente ligado a seu filho.

Estudos realizados por Thus, Rosenblatt, Siegel and Meyer citados em Ainsworth (1989), sugerem que o comportamento de caregiving do pai pode ser construído e é menos prontamente evocado do que na fêmea. As circunstâncias asseguram que quando o pai é exposto ao filho esse irá ter ligação afectiva ao filho. As diferenças sociais actuais demonstram que os pais que ficam mais tempo com os seus filhos apresentam um maior laço afectivo com os mesmos, do que os pais que estão menos tempo com os eles.

A evolução do feminismo e o novo esboço do movimento masculino tendem a recuperar a possibilidade da ternura no homem e sua capacidade de cuidar amorosamente dos bebés, oferecendo cuidados e aconchegos. Ser pai passa a ser tão importante quanto ser mãe. A relação entre o homem e a mulher tem evoluído no sentido da cooperação, da co-responsabilidade e da solidariedade (Maldonado, 2002).

Para além disso, o desenvolvimento do capitalismo industrial afectou a estrutura da família e da personalidade. A mulher passou a ter acesso a situações profissionais fora de casa, antes dominado pelos homens. Deixando assim, uma lacuna dentro do sistema familiar, do lar, que inicialmente era o seu reino. Acontece o declínio da autoridade paterna e do papel do pai no lar. A mulher também passa a ter voz activa dentro de casa. As tarefas de casa passam a ser divididas pelo casal.

Surge assim, um novo conceito, aliás um velho conceito, porém visto de forma diferente. A mulher desempenhando o papel de mãe já é conhecido. Afinal, a mãe na nossa sociedade, tem como papel principal ser cuidadora. A mulher, ao longo dos séculos, desempenhou o papel de

cuidar dos filhos. Por outro lado o macho ia caçar, ia em busca do sustento da família. Na actualidade, a tarefa de cuidar tem sido dividida com o homem.

Passando assim, o homem também a desempenhar o papel de cuidador. O conceito já existia, porém, o que vem mudando na era da capitalização industrial, é a forma de desempenhar esse papel. Actualmente o homem vem incluindo no seu papel de provedor a função de cuidador. O pai está sendo visto como alguém que tem um papel importante com relação aos cuidados dispensados ao seu bebé, bem como no plano emocional e de relação (Andrade, 2002).

O cuidar dos filhos não é mais tarefa exclusiva das mães. Essa tarefa passa a ser dividida pelo casal. Os bebés precisam de laços afectivos e um relacionamento pessoal difuso, multifacetado e constante com os que o assistem para que cresçam física e psicologicamente. A qualidade do cuidado não tem sexo. Para a criança pouco importa de que sexo seja a mãe (Chodorow, 2002).

Recentemente, os sentimentos paternos também começaram a ser analisados. Descobrimos-se que um dos factores essenciais para determinar o êxito da gravidez está relacionado com os sentimentos do homem em relação à companheira grávida. Com esses estudos o papel do pai foi redescoberto, mostrando seu lugar de direito na gravidez. A ajuda do pai é essencial ao bem-estar da mulher e do filho, e é muito importante que ele seja incluído nas actividades do pré-natal (Rodrigues, 1997).

O desenvolvimento da criança é inteiramente dependente do cuidado paterno e materno no ajuste de suas necessidades e desejos e o cuidado que lhe é dado. A dependência é central na infância e é fundamental para que a pessoa venha existir.

A parentalidade é um processo de maturação da personalidade que designa a maternalidade e a paternalidade. Considerando-se como uma transformação com amplo potencial

maturativo. Esse processo tem início durante a gestação e pode prolongar-se por mais de uma gestação.

Segundo Lamour e Barroco (1998) parentalidade é um conjunto de rearranjos psíquicos e afectivos que permitem ao adulto tornar-se pai, mãe, e de responder às necessidades do seu bebé em três níveis: do corpo do bebé, da vida afectiva do bebé e da vida psíquica do bebé (In Andrade, 2002).

A concepção, a gestação e o parto têm uma ordem natural que determina e limita a participação de homens e mulheres na reprodução humana. O homem, que participa biologicamente da concepção, está excluído, é um agente passivo, da gestação e do parto. A compreensão da função biológica do homem na procriação e os significados atribuídos nas diversas culturas e épocas têm modificado as relações sociais e afectivas do exercício da paternidade e da maternidade (Moreira, 1997).

E a paternidade é vista como uma fase do desenvolvimento importante para a consolidação da identidade masculina. Alguns autores citam que o pai tem vivências emocionais próximas do que vive a mãe. Os primeiros movimentos do bebé são considerados por Lebovici como uma etapa central para o pai, pois permite a este sentir que o seu bebé é real e está vivo (Andrade, 2002).

Nas palavras de Rodrigues (1997) as transformações físicas e emocionais da mulher grávida leva o homem a entrar em contacto com as suas próprias emoções e sentimentos, o homem, quer aceite ou não, está “grávido”. O futuro pai passa por um período de transição, no qual afloram emoções profundas, com comportamentos variados difíceis de entender. Ele vai entrar em contacto com o relacionamento com a sua própria mãe, traumas infantis ligados ao período intra-uterino e do seu nascimento.

O homem, como as mulheres, é levado a modificar o lugar que ele ocupa no seio de sua família. Ele sai do papel de filho e passa para a próxima etapa da vida, desempenhando assim o papel de pai, e vai transmitir o seu nome. O pai traz dentro de si o bebê imaginário.

I.10 – Vinculação Pré-Natal

Nas últimas duas décadas os psicólogos tem, progressivamente, estruturado o conceito de ligação entre a mãe e o feto como a imagem interna emocional complexa do bebê por nascer, a mãe adquire e incrementa essa imagem interna ao longo da gravidez (Rapheal-Leff, 1986; Righetti, 1996; Righetti & Sette, 2000; Stainton, 1985).

Actualmente, o conceito de ligação pré-natal é mais preciso (Righetti, 2003) e se refere geralmente ao relacionamento materno – fetal o qual se desenvolve naturalmente durante a gravidez; a qual representa a mais precoce internalização do feto que ambos os pais tipicamente adquirem e elaboram.

Para Condon (1993) a forma de entender a Vinculação Pré-natal está na qualidade das experiências afectivas (aproximação/distância, ternura/irritação, prazer na interação, aflição na perda, fantasias, e conceptualização do feto como uma “pequenina pessoa”) e na intensidade da preocupação (quantidade de tempo gasto pensando, falando, sonhando, “apalpando” o feto) (citado In Righetti, 2005).

A Vinculação Pré-Natal é de grande importância tanto sobre a perspectiva teórica quanto clínica. Ela representa a primeira forma de intimidade humana envolvendo um objecto que é caracterizado por uma mistura de fantasia e realidade (Righetti, 2005).

Estudos realizados por Condon and Corkindale (1997) demonstraram que as mulheres grávidas com depressão, ansiedade, baixo suporte social durante a gravidez e com companheiros

muito críticos apresentavam um baixo índice de Vinculação Pré-natal. Pollock and Percy (1999) nos seus estudos encontraram associação entre o baixo índice de Vinculação Pré-natal com fetos em risco e com desordem da personalidade (Righetti, 2005).

Siddiqui and Hagglof (2000) apresentaram que as mães que tiveram um bom suporte afectivo ao longo da gravidez e fantasiavam sobre o bebé ainda por nascer apresentavam um maior envolvimento durante a interação com o bebé. O que indica que intervenções feitas durante a gravidez para melhorar a Vinculação Pré-natal tendem a ter consequências positivas duráveis (Righetti, 2005).

Parte-se do princípio que para a Vinculação Pré-natal se necessita a deteção de uma outra pessoa a ser unida, e o específico período da gravidez manifesta um progressivo ajuste emocional que se refere a aceitação e o reconhecimento do bebé ainda por nascer. A integração emocional do feto é uma adaptação essencial de um bom compartimento de ser mãe. Há um crescimento progressivo da Vinculação materna fetal ao longo da gravidez em particular no segundo trimestre de gravidez (Righetti, 2005).

Uma experiência inicial positiva na ligação da mãe com o bebé permite que a criança identifique a vinculação como fonte de nutrição, segurança e prazer. A importância da vinculação não acaba na infância, prolongando-se na adolescência e na vida adulta, levando alguns autores a teorizar que as nossas vidas se baseiam nas relações de vinculação que temos ao longo da nossa existência (Marris, 1982).

Após o nascimento do bebé dá-se início a relação de vinculação onde o comportamento de vinculação do bebé pode ser observado através de comportamentos de sorrir e de vocalização são destinados a favorecer a proximidade da mãe. São comportamentos de sinalização que informam a mãe do desejo de interação do filho. Já o choro é um comportamento de natureza aversiva. Leva

a mãe a aproximar-se da criança e a efectuar actos que visam por fim ao choro. Mais tarde, o comportamento activo da criança de se agarrar e o engatinhar lhe permitem aproximar-se ou seguir a figura de vinculação. Qualquer comportamento que permita à pessoa ficar perto ou manter à proximidade das figuras preferenciais e privilegiadas pode ser considerado como um comportamento de vinculação (Guedeney 2004).

Nos estudos de Bowlby (1969/1982), reconhece-se a importância vital do comportamental que tem, por função, protegê-lo do perigo. Através de comportamentos específicos (chorar, agarrar), o bebé estabelece ou mantém a proximidade com uma figura adulta que é capaz de lidar melhor com situações de perigo. Estes comportamentos são designados por comportamento de vinculação e a sua função é a protecção, sendo o seu resultado predizível a aproximação da figura protectora específica.

Guedeney 2004, afirma que o sistema de vinculação tem uma vantagem selectiva: a proximidade das figuras adultas protectoras que ela permite manter é útil na luta contra os perigos do meio ambiente. O sistema de vinculação define-se como aquilo que mantém a proximidade e o seu corolário interno, o sentimento de segurança. Tudo o que favorece a proximidade, dando uma sensação de segurança, pertence ao comportamento de vinculação.

A criança verifica que a mãe parece fornecer à criança uma base de segurança a partir da qual é possível a exploração do meio sem ansiedade. Verificando assim, três formas principais de vinculação na interação mãe-filho: vinculação segura, onde as crianças choram com pouca frequência e estão satisfeitas por estarem com a mãe e podem explorar o meio na sua presença; crianças vinculadas de forma insegura, estas crianças choram com mais frequência, inclusive quando pegadas ao colo pelas mães, e exploram pouco o meio; e as crianças evitantes, onde as

crianças que ainda não estão vinculadas às mães: estas crianças respondem da mesma forma às mães e aos outros adultos (Guedeney, 2004, Miocque, 2004).

Para Ainsworth 1989 “A grande força da teoria de vinculação em que as pesquisas se baseiam está focado no sistema de comportamento ou seja no sistema de comportamento de ligação que, está enraizado e faz parte das características da espécie humana. O que implica uma pesquisa pelos processos do funcionamento que são universais da natureza humana, apesar das diferenças da constituição genética, as influências culturais e as experiências individuais”.

Acredita-se que o comportamento de vinculação está envolvido através de um processo de seleção natural porque está repleto de vantagens para a sobrevivência, sendo assim aumenta a possibilidade da criança ser protegida por aqueles de quem ela está perto. Este comportamento inclui não apenas manifestações visíveis como também organizações internas, provavelmente em processos neurofisiológicos (Ainsworth, 1989).

Ao nascer, a criança vem equipada com um repertório de comportamentos que proporciona proximidade com a pessoa que cuida da criança. A maioria dessas sinalizações visíveis de comportamentos, tal como chorar, serve para activar o comportamento da pessoa que cuida da criança, atraindo-a para perto da criança. De início, esses comportamentos são simplesmente emitidos, um pouco vai sendo emitido para uma pessoa específica, mas gradualmente, o bebê começa a discriminar uma pessoa da outra e passa a ter um comportamento diferencial (Ainsworth, 1989).

Até a metade do primeiro ano de vida do bebê, uma nova fase do desenvolvimento da criança pode ser identificada, a criança vai começar a se locomover com alcances e agarramentos dirigidos e com o comportamento de aproximação mais desenvolvidos. A criança forma dentro de si a representação da principal pessoa que cuida dela. A criança desenvolve a capacidade de

acreditar que a principal pessoa que cuida dela existe mesmo quando não está presente, e com esta realização vem o início da aflição da separação quando o cuidador deixa o bebê. Nesse ponto, o bebê é capaz de se ligar não só a figura da mãe como também aos outros familiares (Ainsworth, 1989).

Estudos realizados por Ainsworth em 1954, para averiguar os efeitos da separação e do desmame: a separação é em si mesmo traumática ou isso depende da carência relacional anterior? A sua observação demonstrou a justeza das teses de Bowlby a respeito do caráter primário da vinculação. Ela compreende que a criança é bem activa nos seus comportamentos para obter aquilo que deseja e, que é capaz de diferenciar, através do seu comportamento, a principal figura de vinculação de outra pessoa.

A qualidade e a continuidade da ligação mãe-filho são elementos essenciais do estabelecimento de uma vinculação segura, e está correlacionada de forma significativa com a sensibilidade materna. A segurança da criança parece estar correlacionada com o prazer materno sentido no decurso da amamentação. As crianças que têm as suas necessidades atendidas pelas suas mães são com mais frequência crianças “seguras” e as que por outro lado em que as mães que são menos sensíveis às necessidades dela tendem a ser crianças “inseguras” (Ainsworth citado In Miocque, 2004).

Ainsworth propõe um esquema de desenvolvimento da vinculação em fases, e o conceito de base de segurança, o que significa a confiança na ideia de que uma figura de apoio, protectora, estará acessível e disponível, e isto seja qual for a idade do indivíduo. A proximidade física, necessário no início da vida, se torna progressivamente um conceito mentalizado e emocional, e se associa ao de acessibilidade. Se a criança construiu uma base de segurança, então pode,

confiante na disponibilidade da figura de vinculação, explorar o mundo que a rodeia (Guedeney 2004).

Continuando seus estudos ela desenvolve um método criando uma “Situação Estranha”, a criança está em situação de jogos livres e ocorrem episódios padronizados de separação e junção da mãe e a introdução de uma pessoa estranha. Este recurso lhe permitiu descrever três tipos principais de reação da criança: segura, insegura e evitante (Guedeney, 2004).

Ao longo do primeiro ano de vida, o bebê vem a estabelecer uma relação privilegiada com a figura que lhe proporciona cuidados básicos promovendo assim a sua sobrevivência. Ao realizar regularmente este papel, o adulto tenderá a tornar-se uma figura de vinculação para o bebê. E, em princípio, proporcionará uma experiência de segurança quando o bebê sente algum “perigo” como, por exemplo, mal-estar ou medo. O bebê pode ter mais de uma figura de vinculação. Vários estudos revelam que, durante o primeiro ano de vida, a maioria das crianças se torna vinculada a mais de uma figura familiar (Soares, 2006).

A teoria da vinculação, com origem nos trabalhos de John Bowlby (1969) contribuiu para a compreensão da origem e desenvolvimento dos padrões de relacionamento com figuras de vinculação que se estabelecem ao longo da trajectória desenvolvimental (Feeney & Noller, 1996). A pessoa mais próxima ao bebê assume, geralmente, o papel de figura de vinculação, na medida em que proporciona a segurança e a protecção necessárias, nomeadamente para a exploração do meio (Ainsworth, 1982). Se tudo correr bem, aquela constitui-se como base segura, de onde o bebê parte para explorar e descobrir o mundo. Constitui também a pessoa onde o bebê regressa à procura de conforto e segurança quando se sente ameaçado ou em perigo (Holmes, 1993).

Um elemento central e actual no estudo da vinculação consiste no facto de o modelo dinâmico interno que os pais têm em relação de vinculação ser um factor que medeia a interacção

que estabelecem com os seus filhos, e que esta se reflete na qualidade de vinculação das crianças (Bretherthon, 1985; Main, Kaplan & Cassidy, 1985; Crowell, Lay, Posada, Waters, 1995; Grossman et al., 2002; Tini, Corcoran, Rodrigues-Doolabh & Waters, 2003; in Veríssimo & Salvaterra, 2006).

A vinculação é um tipo específico de um conjunto mais vasto de ligações que Bowlby e Ainsworth designaram por “ligações afectivas”. Ainsworth (1989) considera que uma ligação afectiva pode ser definida com base num conjunto de critérios: a) é persistente e não transitório; b) envolve uma figura específica e reflecte uma atracção que um indivíduo tem por outro indivíduo; c) trata-se de uma relação emocionalmente significativa; d) o indivíduo deseja manter a proximidade ou contacto com essa figura, ainda que tal possa variar em função de vários factores, como idade, o estado do indivíduo ou as condições do meio; e) o indivíduo experiencia uma certa perturbação face a uma situação de separação involuntária, sobretudo, quando deseja a proximidade e tal não lhe é possível. Além desses critérios, a vinculação caracteriza-se pela procura de segurança e de conforto na relação com esse indivíduo (Soares, 2006).

A partir das interacções repetidas com a figura de vinculação, a criança vai desenvolvendo conhecimentos e expectativas sobre o modo como essa figura responde e é acessível aos seus pedidos de proximidade e protecção, a partir desse contacto o bebé vai construindo modelos internos de vinculação. Esta informação é progressivamente organizada em modelos internos dinâmicos, que são representações generalizadas do Self, das figuras de vinculação e das relações com elas estabelecidas. Estes modelos constituem-se como guias para a interpretação das experiências e para a orientação dos comportamentos de vinculação, vão colorir o modo como o bebé compreende e como se comporta em situações relevantes para a vinculação (Soares, 2001).

Winnicott (1958) afirma que a preocupação maternal primária é a capacidade da mãe se preocupar exclusivamente com o seu filho e adaptar-se integralmente a ele, satisfazendo totalmente as suas primeiras necessidades – alimentares e de vinculação (citado em Mendes, 2002).

A investigação tem mostrado que o estilo de vinculação de cada pessoa marca o modo como ela constrói e dinamiza as suas relações com os outros (Figueiredo, 2003). Assim, a relação que uma mãe estabelece com o seu filho está dependente do modo como ela mesma representa a sua relação passada com os pais e traduz-se no tipo e na qualidade de cuidados que proporciona ao bebé. Face a experiências de cuidados adequados, provavelmente oferecidos por uma mãe segura, o bebé desenvolve uma representação positiva de si e das relações que estabelece, o que caracterizará um padrão seguro de vinculação. Em contraponto, experiências de cuidado adversas poderão conduzir a um padrão inseguro de vinculação. Esta concepção tem sido, pelo menos parcialmente, verificada nos estudos empíricos que fundamentam a transmissão transgeracional dos padrões de vinculação (e.g., Van Ijzendoorn, 1992).

Com relação a universalidade dos comportamentos de vinculação Canavarro (1999) cita Ijzendoorn, 1990, passadas centenas de anos sobre a remoção das espécies dos seus ambientes originais e após milhares de anos de evolução, as crianças continuam a manifestar necessidade de se vincular e manter proximidade física, e mais tarde psíquica, com uma figura protectora.

O estudo da relação mãe-bebé tem-se focado especialmente no seu impacto no desenvolvimento do bebé. Porém, faz-se importante, lembrar as mudanças experienciadas pela mulher no desempenho do papel de mãe. Efectivamente, esta relação é crítica para a qualidade do desenvolvimento da criança, mas não deixa, por isso, de ter um papel incontornável no funcionamento e desenvolvimento psicológico da própria mãe (Mendes & Costa, 2005).

Quer o parto tenha sido fácil, quer tenha sido difícil, quer a criança seja saudável ou não, vai estabelecer-se uma relação que impõe exigências de adaptação e de realização muito específicas, algumas das quais, únicas em cada díade mãe-filho. A adaptação psicológica posterior ao parto é tanto mais saudável quanto mais saudável for a personalidade da parturiente em causa. A personalidade da mulher prepara-se para reagir positiva ou negativamente após o parto. A percepção que tem das dificuldades que a rodeiam, assim como o seu equilíbrio emocional durante a gravidez, condicionam a possibilidade de se organizar e reagir após o nascimento da criança (Justo, 1994).

Nas palavras de Campos (2000) a literatura psicanalítica e da vinculação salientam com veemência a importância da relação precoce, as consequências negativas para a criança, quando esta relação é precária, bem como a importância de uma personalidade saudável da mãe para o estabelecimento de uma relação adequada com o seu bebé.

Outra autora que aborda sobre a Ligação Materno Fetal é Raphael-Leff (1985), ela fala da existência de duas orientações básicas em relação à maternidade: a facilitadora e a reguladora. Na primeira a mãe adapta-se espontaneamente ao bebé, e a segunda promove a adaptação do bebé, estabelecendo uma rotina e uma preditibilidade reguladora. As duas orientações seriam sensíveis a factores específicos que contribuiriam para o stress pós-natal, através de uma baixa na autoestima. Na primeira seriam os aspectos que dificultassem o estabelecimento da identidade como mãe, e no segundo, da identidade como pessoa.

Na actualidade, segundo Zeanah (1993), a noção de comportamento de vinculação complexificou-se, sendo definida como uma unidade funcional de comportamento: não é tanto a especificidade do comportamento em si mesmo que conta mas o como e a finalidade desse comportamento. Se um comportamento é organizado com o objectivo de promover a

proximidade, então funciona como um comportamento de vinculação. Um conjunto de comportamentos diferentes mas que partilham uma significação idêntica e que visam funções semelhantes (Guedeney 2004).

Para além do conceito de vinculação, a figura de vinculação também se amplia, ultrapassando a figura de mãe e passa a ser a figura em direcção à qual a criança irá dirigir o seu comportamento de vinculação. É susceptível de se tornar figura de vinculação qualquer pessoa que se envolva numa interacção social viva e durável com o bebé e que responda facilmente aos seus sinais e às suas aproximações. Existem portanto múltiplas figuras de vinculação as quais serão hierarquizadas. A criança tem uma tendência inata a vinculação, e em especial a uma figura (Holmes, 1995, citado In Guedeney 2004).

A relação de vinculação é construída progressivamente e é modelado pelo meio social. A criança dirige-se de forma preferencial a figura discriminada em busca de sustento, de conforto, de apoio e de protecção ao mesmo tempo que surge a angústia perante o estranho e o protesto em caso de separação (Guedeney 2004).

Nos trabalhos apresentados por Bowlby (citados in canavarro 1999) ele demonstrou que acessibilidade de figuras parentais é o único meio capaz de produzir sentimentos de segurança na criança e utilizou o termo vinculação para designar este tipo de relação. O sistema de vinculação seria uma tendência, com raízes biológicas, para procurar a proximidade da figura de vinculação e teria como função a protecção da espécie.

Estudos realizados por Weiss (1991, In Canavarro, 1999) apresentaram algumas características como critério de distinção entre vinculação, na infância, e as outras formas de relações interpessoais: Procura de proximidade, Efeito de base de segurança, Protesto na altura de separação, Ser activadas por situações ameaçadoras, especificidade da figura de vinculação,

Impossibilidade de controlo consciente, Persistência e Independência de outras características da relação.

A criança procura manter-se num raio de proteção dos seus pais. A presença de uma figura a quem ela esteja vinculada promove-lhe sentimentos de segurança. A criança protesta quando é separada da figura de vinculação. A criança procura os pais como fonte de segurança quando se sente ameaçada. Depois de estabelecida a vinculação com uma pessoa particular, só essa figura é objecto de vinculação no sentido da sua proximidade promover uma base de segurança e o seu afastamento produz manifestação de protesto. Os sentimentos de vinculação persistem mesmo quando o indivíduo percebe que não haverá mais o reencontro com a figura de vinculação, no caso de morte. O grau de vinculação não diminui com a habituação. As relações de vinculação persistem mesmo quando a figura de vinculação é negligente ou abusiva.

II – Os Mecanismos de Defesa

II.1 – Os Mecanismos de Defesa na Obra de Sigmund Freud

O termo “defesa” surge pela primeira vez em 1894, no estudo de Freud *As Neuropsicoses de Defesa*, sendo empregada posteriormente em muitos dos seus trabalhos. O termo descrevia a luta do ego contra idéias ou afetos dolorosos ou insuportáveis. Mais tarde a palavra foi substituída por “recalcamento”. Em 1926, em um apêndice a *Inibições, Sintomas e Ansiedade*, Freud retoma o antigo conceito de defesa, ao afirmar pensar ser uma vantagem, usá-lo novamente. (...) “Desde que o empreguemos explicitamente como uma designação geral para todas as técnicas de que o ego se serve em conflitos que possam redundar em neurose, ao passo que retemos a palavra “recalcamento” para aquele método especial de defesa com que a linha de

orientação assumida pelas investigações nos tornou mais familiarizados, em primeira instância”. O significado do recalçamento é reduzido ao de “um método especial de defesa” (Anna Freud, 2006).

Segundo o Dicionário de Psicanálise, defesa é o conjunto das manifestações de protecção do ego contra as agressões internas (de origem pulsional) e externas, susceptíveis de construir fontes de excitação e, por conseguinte, de serem fontes de desprazer (Roudinesco & Plon, 1997).

Os mecanismos de defesa são os diferentes tipos de operações em que se pode especificar a defesa. E tem por finalidade reduzir, suprimir qualquer modificação susceptível de pôr em perigo a integridade e a constância do indivíduo. Existe um acordo em afirmar que os mecanismos de defesa são utilizados pelo Ego, sendo Ele o agente dessas operações. A defesa pode ser dita normal e esperada ou pode ser patológica (Mijolla & Mellor, 2002).

Em 1894, Freud publica um texto onde aparece a noção de defesa, sendo o eixo do funcionamento neurótico em relação aos processos de organização do Eu. Desse modo, entender o aparelho psíquico humano passa por identificar as modalidades pelas quais o ego reage às diversas solicitações capazes de o perturbar, provocando-lhe efeitos antagónicos ao prazer.

Essa fonte de perturbação pode ser de origem exterior, existindo a possibilidade de o ego fugir deles ou proceder a investimentos colaterais. O problema é mais complicado quando esses elementos stressores vêm de fonte interna, pulsional e sexual. Numa carta de Freud a Wilhelm Fliess, ele afirma: “É contra a sexualidade que se ergue a defesa.” Anos depois, Freud assemelha a defesa ao recalçamento: “A condição determinante de uma defesa patológica (isto é, do recalçamento), portanto, é o carácter sexual do incidente e a sua ocorrência numa fase anterior.”

No texto *Inibições, Sintomas e Ansiedade*, Freud (1953) aborda o tema defesa e repressão, nas suas palavras: “No curso da apreciação do problema da ansiedade revivi um

conceito ou, dizendo de maneira mais modesta, uma expressão, da qual fiz uso exclusivo trinta anos atrás quando comecei pela primeira vez a estudar o assunto, mas depois o abandonei. Refiro-me à expressão ‘processo defensivo’. Substituí-a depois pela palavra ‘repressão’, mas a relação entre as duas continuou incerta. Constituirá uma vantagem indubitável, penso eu, reverter ao antigo conceito de ‘defesa’, contanto que o empreguemos explicitamente como uma designação geral para todas as técnicas das quais o ego faz uso em conflitos que possam conduzir a uma neurose, ao passo que conservamos a palavra ‘repressão’ para o método especial de defesa com o qual a linha de abordagem adotada por nossas investigações nos tornou mais bem familiarizados no primeiro exemplo.”

Ainda abordando o assunto defesa Freud (1953) afirma: “Essas observações oferecem fundamentos bastante sólidos para a reintrodução do antigo conceito de defesa, que pode abranger todos os processos que tenham a mesma finalidade - a saber, a proteção do ego contra as exigências instintuais -, e para nele classificar a repressão como um caso especial.”

Na sua obra Freud fala da repressão como um mecanismo primário de defesa, comparável a uma tentativa de fuga. Nas palavras de Freud: “Ao forçar a regressão, o ego lavra seu primeiro tento em sua luta defensiva contra as exigências da libido. (Nesse sentido é vantajoso estabelecer uma distinção entre a idéia mais geral de ‘defesa’ e ‘repressão’. A repressão é apenas um dos mecanismos de que a defesa faz uso) ”.

Para Freud as formações reactivas no ego do neurótico obsessivo eram reconhecidas como exageros da formação normal do caráter e deveriam ser consideradas como ainda outro mecanismo de defesa e situadas ao lado da regressão e da repressão (Freud, 1953).

Ele também afirmava ser provável que deve haver certos processos defensivos que podem verdadeiramente ser comparados com uma tentativa de fuga, embora em outros processos o Ego

assuma uma linha muito mais ativa de autoproteção e inicie vigorosas contramedidas (Freud, 1953).

A tarefa de defesa contra uma percepção perigosa é, incidentalmente, comum a todas as neuroses.

Na obra de Freud: Inibição, sintomas e ansiedade (1953), ele aborda o tema defesa e repressão. Nas suas palavras: “Aqui podemos ser auxiliados pela idéia de que uma defesa contra um processo interno importuno será plasmada sobre a defesa adotada contra um estímulo externo, e de que o ego debela os perigos internos e externos, de igual modo, ao longo de linhas idênticas. No caso de perigo externo, o organismo recorre a tentativas de fuga. A primeira coisa que ele faz é retirar a catexia de percepção do objeto perigoso; posteriormente, descobre que constitui um plano melhor realizar movimentos musculares de tal natureza que tornem a percepção do objeto perigoso impossível, mesmo na ausência de qualquer recusa para percebê-lo - que é um plano melhor afastar-se da esfera de perigo. A repressão é um equivalente a essa tentativa de fuga. O caso retira sua catexia (pré-consciente) do representante instintual que deve ser reprimido e utiliza essa catexia para a finalidade de liberar o desprazer (ansiedade).”

Na obra de Freud: “Três ensaios sobre a Teoria da sexualidade” Freud aborda os temas formação reativa, sublimação e recalçamento. Ele coloca que a energia sexual, mesmo no período de latência, não cessa, sendo desviada do uso sexual e voltada para outros fins. Em suas palavras (...) “Os historiadores da cultura parecem unânimes em supor que, mediante esse desvio das forças pulsionais sexuais das metas sexuais e por sua orientação para novas metas, num processo que merece o nome de sublimação, adquirem-se poderosos componentes para todas as realizações culturais” (Freud, 1953).

Freud ainda afirma sobre o mecanismo de sublimação que as moções sexuais dos anos de infância, por um lado, seriam inutilizadas, por não serem utilizadas com a função reprodutora – o que constitui o principal traço do período de latência – por outro lado seriam perversas em si, quer dizer, partiriam de zonas erógenas e se sustentariam em pulsões que, dependendo da direção do desenvolvimento do indivíduo, só poderiam provocar sensações desprazerosas. Por conseguinte, despertariam forças antagônicas – formação reativa – o indivíduo passa a sentir vergonha, asco e moral (Freud, 1953).

Quando Freud escreve sobre recalcamto ele afirma que “as excitações correspondentes continuam a ser produzidas como antes, mas são impedidas por um obstáculo psíquico de atingir seu alvo e empurradas para muitos outros caminhos, até que se consigam expressar como sintomas” o indivíduo pode ter uma vida sexual normal, porém com restrições na maioria das vezes, sendo completada pela doença psiconeurótica. Uma parte da infância do indivíduo vai ser ocupada por uma atividade sexual perversa, podendo ocasionalmente, se estender para além da maturidade (Freud, 1953).

Ainda sobre o recalcamto, devido a causas internas, em geral antes da puberdade, mas podendo ocorrer após ela, uma reversão devida ao recalcamto, e a partir daí a neurose toma lugar da perversão, sem que se extingam os antigos impulsos. Essa substituição da perversão pela neurose na vida do indivíduo, bem como a distribuição da perversão e da neurose entre os diferentes membros de uma mesma família, é coerente com a concepção de que a neurose é o negativo da perversão (Freud, 1953).

O recalcamto, ocupa perante os outros mecanismos, uma posição excepcional, na medida em que ele, do ponto de vista quantitativo, é mais fácil de realizar do que os outros; pode

ainda controlar tendências pulsionais de uma força contra a qual os outros processos de defesa permanecem impotentes (Dietrich, 1970).

Freud ainda propõe que se conserve o termo recalçamento para designar alguns casos de defesa, a saber, aqueles que estão ligados a afecções neuróticas específicas – e usa o exemplo da ligação precisa entre recalçamento e histeria – sendo o “velho conceito de defesa” utilizado para englobar os processos de orientação idêntica, a da “proteção do ego as exigências pulsionais” (Roudinesco & Plon, 1997).

II. 2 – Os Mecanismos de Defesa e a Teoria Psicanalítica na Obra de Anna Freud

Com Anna Freud o mecanismo de defesa assumiu o valor de conceito. Para ela os mecanismos de defesa interviriam contra as agressões pulsionais, mas também contra todas as fontes exteriores de angústia, incluindo as mais concretas.

Freud introduziu o termo defesa no sentido de defesa contra uma representação incompatível que se opunha aflitivamente ao ego do paciente. Os pacientes que gozaram de boa saúde mental até o momento em que houve uma ocorrência de incompatibilidade na sua vida representativa — isto é, até que o Eu se confrontou com uma experiência, uma representação ou um sentimento que suscitaram um afeto tão ansiogênico que o sujeito decidiu esquecê-lo, pois não confiava na sua capacidade de resolver a contradição entre a representação incompatível e o seu Eu por meio da actividade de pensamento. A tarefa que o Eu se impõe, em sua atitude defensiva, de tratar a representação incompatível como “non-arrivé”, simplesmente não pode ser realizada por ele. Tanto o traço mnésico como o afeto ligado à representação lá estão de uma vez por todas e não podem ser erradicados (Cf. Freud, *As neuropsicoses de defesa*, 1894, Edição Standard, Vol. III).

Em Inibições, Sintomas e Ansiedade contém a conjectura de “novas investigações podem demonstrar a existência de uma ligação íntima entre formas especiais de defesa e determinadas doenças, como entre o recalçamento e a histeria”. A regressão e a alteração reativa do ego (formação reativa) o isolamento e o “desfazer” do que foi feito têm sido citado como técnicas defensivas empregadas na neurose obsessiva (Anna Freud, 2006, pág.38).

Nos trabalhos de Freud podemos encontrar a enumeração dos métodos de defesa do ego. No trabalho: Certos Mecanismos Neuróticos no Ciúme, na Paranóia e no Homossexualidade, a Introjeção ou Identificação e a Projeção encontram-se mencionados como importantes métodos defensivos empregados pelo ego. Quando Freud mencionava “vicissitudes da pulsão” estava referindo-se ao processo de inversão e reversão, também devem ser considerados na conta de método de defesa, pois toda e qualquer vicissitude a que as pulsões possam estar sujeitas tem sua origem em alguma atividade do ego.

Sendo assim, os dez métodos de defesa, exaustivamente estudado pela psicanálise são: regressão, recalçamento, formação reativa, isolamento, anulação, projeção, introjeção, inversão contra o ego, reversão e sublimação ou deslocamento dos anseios pulsionais. Até onde os conhecimentos atuais da psicanálise chegam, o ego possui esses dez métodos diferentes à sua disposição, em seus conflitos com os representantes pulsionais e os afetos.

É tarefa que compete ao analista praticante descobrir até que ponto esses métodos provara ser eficazes nos processos de resistência do ego e de formação de sintomas que ele tem oportunidade de observar nos indivíduos. A análise das resistências do ego, de suas medidas defensivas contra as pulsões e das transformações sofridas pelos afetos, revela e traz à luz da consciência métodos de defesa com que nos deparamos, em um estado de petrificação, quando analisamos a “blindagem permanente do caráter” (Anna Freud, 2006, 30 e 38).

As considerações que determinam a escolha deste ou daquele mecanismo pelo ego mantêm-se duvidosas. Talvez o recalçamento seja predominantemente valioso no combate aos desejos sexuais, enquanto outros métodos poderão ser mais facilmente empregados contra forças pulsionais de uma espécie diferente, em particular, contra os impulsos agressivos. Ou pode ser que os outros métodos tenham apenas de completar o que o recalçamento deixou por fazer ou para lidar com tais idéias proibidas, à medida que retornem à consciência, quando e sempre que o recalçamento falha. Ou, possivelmente, cada mecanismo de defesa é desenvolvido primeiro, a fim de dominar uma moção pulsional específica, estando portanto associado a uma fase particular do desenvolvimento infantil (Anna Freud, 2006, 42).

Uma resposta provisória para as questões levantadas no parágrafo anterior pode ser encontrada no apêndice a Inibições, Sintomas e Ansiedade: “pode bem ser que, antes de sua marcada separação em um ego e em um id e antes da formação de um superego, o aparelho mental faça uso de diferentes métodos de defesa, distintos daqueles que emprega após terem sido atingidos esses níveis de organização” (Freud citado em Anna Freud 2006). “Isso pode ser desenvolvido da seguinte maneira: o recalçamento consiste na manutenção fora do ego consciente ou na sua expulsão de uma idéia ou afeto quaisquer. Não faz sentido falar de recalçamento se o ego e o id ainda estiverem fundidos. Do mesmo modo, poderíamos supor que a projeção e a introjeção fossem métodos dependentes da diferenciação entre o ego e o mundo exterior. A expulsão de ideias ou afetos do ego e sua rejeição para o mundo exterior só poderiam constituir alívio para o ego quando este tivesse aprendido a distinguir entre si próprio e esse mundo (Anna Freud, 2006, 42).

Na tentativa de colocar os mecanismos de defesa numa ordem cronológica, Anna Freud afirma: “Os mecanismos de defesa pelo recalçamento e sublimação só relativamente tarde

poderiam ser empregados no processo de desenvolvimento. Já mecanismos como a regressão, a reversão ou a inversão para dentro do ego são, provavelmente, independentes do estágio que a estrutura psíquica atingiu e tão antigos quanto as próprias pulsões, ou pelos menos, tão antigos quanto o conflito entre as moções pulsionais e qualquer obstáculo que possam encontrar em seu caminho para a gratificação” (Anna Freud, 2006, 43).

Os mecanismos de defesa actuam quando um desejo pulsional tenta penetrar na consciência e, com ajuda do ego, obter gratificação. O ego não se oporia ao desejo, porém o superego protesta. O ego obedece à instância superior, superego, e passa a travar um combate contra a moção pulsional, com todas as conseqüências que tal luta proporciona. Nas palavras de Anna Freud “ (...) o ego, propriamente, não considera perigoso o impulso contra o qual está lutando. O motivo que o instiga à defesa não é originalmente seu. A pulsão é considerada perigosa, porque o superego proíbe a sua gratificação e, se alcançar seu objetivo, certamente provocará grandes problemas entre o ego e o superego (...) sua defesa é motivada pela angústia do superego (...) considera o superego uma força temível. Entendemos que ele é o autor de todas as neuroses (...) são o fomentador de discórdias (...) impedem o ego de entrar em entendimentos amistosos com as pulsões. Fixa um padrão ideal, segundo o qual a sexualidade está proibida e a agressão é declarada anti-social. Exige determinado grau de renúncia sexual e restrição da agressão. O que é incompatível com a saúde mental (Anna Freud, 2006, 46).

O ego de uma criança, como o de um adulto, não combate as pulsões por vontade própria. Considera as pulsões perigosas, porque aqueles que criam e educam a criança lhe proibiram a gratificação das mesmas e uma irrupção pulsional acarreta restrições e a aplicação ou a ameaça de castigos. O ego infantil teme as pulsões porque teme o mundo exterior. Sua defesa contra elas é

motivada pelo medo do mundo exterior, isto é, pela angústia objetiva (...) a angústia é que desencadeia sempre o processo defensivo (Anna Freud, 2006, 47).

Passada a infância podemos observar essa defesa em plena força, sempre que um acesso súbito de energia pulsional ameaça perturbar o equilíbrio das instâncias psíquicas, como ocorre normalmente, devido a mudanças fisiológicas, na puberdade e no climatério. O ego adulto requer uma espécie de harmonia entre os seus impulsos, surgindo assim uma série de conflitos.

Para Anna Freud, a natureza dos afetos é imaterial: podem ser agradáveis, dolorosos ou perigosos para o ego. Não faz qualquer diferença, pois ao ego nunca é consentido experimentá-los exactamente como são. Se um afeto está associado a um processo pulsional proibido, o seu destino está antecipadamente decidido. Basta o fato de ele estar assim associado para colocar o ego de prevenção contra o mesmo. Até agora, as razões para a defesa contra o afeto residem no conflito entre o ego e a pulsão (Anna Freud, 2006, 49).

O destino de um afeto associado a uma exigência pulsional não é simplesmente idêntico ao do seu representante ideativo. Em determinados períodos da vida, e de acordo com a sua própria estrutura específica, o ego individual seleciona ora um método de defesa, ora outro – pode ser recalçamento, deslocamento, inversão, etc. O ego pode ainda empregar qualquer um deles tanto em seu conflito com as pulsões como na defesa contra a libertação do afecto (Anna Freud, 2006,29).

A finalidade dos métodos defensivos até hoje estudados é única: auxiliar o ego na luta com a sua vida pulsional. Os métodos defensivos são motivados pelos três principais tipos de angústia a que o ego está exposto: angústia pulsional, angústia objectiva e angústia da consciência. A simples luta de impulsos conflituosos é suficiente para pôr em movimento os mecanismos de defesa. Em todas as situações de conflito, o ego procura repudiar uma parte do

seu próprio id. Sendo assim, a instância que estabelece a defesa e a força invasora que é repelida é sempre a mesma; os factores variáveis são os motivos que impelem a ego a recorrer às medidas defensivas. Certamente, todas essas medidas têm por finalidade garantir a segurança do ego e poupá-lo à experiência da “dor” (Anna Freud, 2006).

A infância é um período de imaturidade e dependência. O ego, além de se esforçar por dominar os estímulos pulsionais, tenta por todos os meios ao seu alcance defender-se contra a dor objetiva e os perigos que o ameaçam. Os esforços do ego infantil para evitar a “dor”, através da resistência direta às impressões externas, pertencem à esfera da psicologia normal (Anna Freud, 2006).

Por determinado período, o ego infantil está em condições de livrar-se de fatos indesejáveis mediante a negação dos mesmos, enquanto mantiver intacta a sua faculdade de comprovação da realidade. Utiliza todos os tipos de objectos externos para dramatizar a sua inversão das situações reais. Em geral, a negação da realidade também é um dos muitos motivos subjacentes nas brincadeiras das crianças e, particularmente, nos jogos de personificação.

Nas brincadeiras de criança, as bonecas são úteis nos mais variados jogos infantis, bem como criam a ficção da maternidade, ao passo que os carrinhos de ferro, motores e jogos de armar, servem não apenas para satisfazer os vários desejos e propiciar oportunidades de sublimação, mas também geram nas mentes infantis a agradável fantasia de que podem construir um mundo. Nesse ponto, passamos do estudo dos processos de defesa e evitamento, propriamente ditos, para o das condições em que a criança “representa”. Este é um tema que tem sido exhaustivamente examinado e discutido de diversos ângulos pela psicologia académica.

O ego infantil recorre á negação, a fim de não tomar conhecimento de alguma impressão dolorosa vinda de fora. O recalçamento é garantido por meio de uma formação reativa que

contém o inverso da moção pulsional recalcada (simpatia em vez de crueldade, timidez em lugar de exibicionismo). De modo semelhante, nas situações infantis, a negação da realidade está concluída e confirmada quando, em suas fantasias palavras e comportamentos, a criança inverte os fatos reais. A manutenção de formações reactivas obsessivas exige um dispêndio constante de energia, constituindo aquilo a que chamamos de contra investimento. O equilíbrio, laboriosamente preservado, entre a tendência que é rechaçada e a força defensora, é perturbado. O estímulo externo que foi negado ou o estímulo pulsional que foi recalcado procura abrir caminho para a consciência e gera no ego sentimentos de angústia e dor (Anna Freud, 2006).

II.3 - – Os Mecanismos de Defesa e a Origem das Relações Objectais na Obra de Melanie Klein

De acordo com Melaine Klein 1982, nos primeiros meses de vida, o bebé experimenta ansiedades provenientes de fontes externas e internas. A ansiedade persecutória vem de uma actividade interna provocada pelo instinto de morte, o que dá origem ao medo de aniquilamento. Sendo a experiência do nascimento a primeira fonte externa de ansiedade (Melanie Kline, 1982, 216).

As primeiras experiências resultantes da amamentação do bebé e da presença da mãe, ou da pessoa que está cuidando do bebé, iniciam uma relação objectal. Os impulsos oral-libidinais e oral destrutivos, desde o começo da vida, estão dirigidos para o seio materno. Quando o bebê está sem fome e sem tensões observa-se um equilíbrio entre os impulsos libidinais e agressivos. Porém, ocorrendo privações provenientes de fontes internas ou externas, os impulsos agressivos são reforçados. Tal alteração no equilíbrio entre libido e agressão surgir uma emoção chamada avidez, que é predominantemente de natureza oral. Qualquer aumento no sentimento de avidez

fortalece os sentimentos de frustração; e a frustração reforça os impulsos agressivos (Melanie Kline, 1982, 217).

As repetidas experiências de gratificação e frustração constituem poderosos estímulos para os impulsos libidinais e destrutivos, para o amor e o ódio. O seio materno pode ser tanto gratificador, amado e é sentido como “bom”, a medida que o seio “bom” vai se tornando uma fonte de frustração torna-se um seio “mau”, sendo assim, odiado (Melanie Kline, 1982, 218).

Na relação do bebé com o primeiro objecto, o seio materno, ele projecta os seus impulsos de amor ao seio “bom”, gratificador, e ao seio “mau”, frustrador, ocorre uma projecção dos seus impulsos destrutivos. Simultaneamente, pela introjecção, um bom seio e um mau seio são estabelecidos dentro dele. Assim, a imagem do objecto, externo e internalizado, é destorcida na mente infantil pelas suas fantasias que estão vinculadas à projecção de seus impulsos no objecto.

Os sentimentos do bebé concentram-se nas relações alimentares, no sorriso da mãe, nas mãos, na voz quando este está no colo recebendo esses cuidados. A gratificação e o amor que a criança experimenta nas situações de ser cuidada, ajudam a neutralizar a ansiedade persecutória bem como os sentimentos de perda e perseguição gerados pela experiência do nascimento. Com o seio “bom”, a criança sente-se aliviada da ansiedade persecutória e aumenta a sua confiança no bom objecto.

O bebé apresenta um desejo ávido de gratificação ilimitada, imediata e duradoura, que o seio “bom” lhe proporciona, criando, assim, a idealização desse seio, sempre acessível e gratificador. Para além disso, a necessidade de ser protegido dos objectos perseguidores, contribui para essa idealização. Porém, o sentimento de fome, atrai a criança para o mundo externo, a frustração é sentida mais uma vez acompanhada de uma série de emoções que dela se originam.

O bebé idealiza o seio bom, pela necessidade de se proteger dos “perseguidores”. A idealização ajuda a incrementar o poder de um objeto totalmente gratificador. O seio idealizado forma o corolário do seio perseguidor e, na medida em que a idealização deriva da necessidade de ser protegido contra os objetos perseguidores, é um método de defesa contra a ansiedade.

Mais cedo ou mais tarde, o sentimento de fome atira de novo a criança para o mundo externo. A frustração é, mais uma vez, sentida e com ela todas as emoções a que dá origem. A criança passa a usar a satisfação alucinatória dos desejos estando assim em acção uma série de mecanismos de defesa fundamentais.

Um deles é o controlo onipotente do objecto interno e externo, pois o ego assume completa posse do seio externo e interno. Para além disso, na alucinação, o seio perseguidor mantém-se totalmente afastado do seio ideal. E a experiência de ser frustrado distancia-se da experiência de ser gratificado. Parece que tal cisão, que corresponde a uma clivagem do objecto e dos sentimentos em relação ao mesmo, está ligada ao processo de negação (Melanie Kline, 1982, 221).

A negação equivale a um aniquilamento de qualquer objecto ou situação frustradores e está vinculada, portanto, ao forte sentimento de onipotência que se estabelece nos estágios iniciais de vida.

Segundo Kline (1982), a situação de ser frustrado, o objecto que causa a frustração, os maus sentimentos a que a frustração dá origem, tudo é sentido como se tivesse saído da existência, tivesse sido aniquilado, e dessa maneira, a gratificação e o alívio da ansiedade persecutória são obtidos. O aniquilamento do objecto persecutório e da situação persecutória encontra-se vinculado ao controle onipotente do objecto em sua mais extrema forma. Em certa medida esses processos, também atuam na idealização.

A respeito da identificação, as palavras de Klein (1982) são: “algumas conclusões de Freud implicam que o ego se desenvolve mediante a introjecção de objectos (...) o objecto passa a ser, em certa medida, um representante do ego; e esses processos são, em minha opinião, a base para a identificação por projecção, ou “identificação projectiva”. A identificação por projecção e a identificação por introjecção parecem ser processos complementares”.

As palavras de Klein sobre projecção: “A introjecção de um objeto persecutório é determinada em grande parte pela projecção dos impulsos destrutivos sobre o objecto. O impulso para projetar o que é mau vê-se acrescido do medo dos perseguidores internos. Quando a projecção é dominada pelo medo persecutório, o objeto em que o eu mau foi projetado converte-se no perseguidor por excelência, visto que foi dotado com todas as más qualidades do sujeito. A reintrojecção desse objeto reforça de maneira aguda o medo de perseguidores internos e externos” (Klein 1982, 226).

Ainda sobre projecção: “a projecção de sentimentos de amor (...) é uma pré-condição para encontrar um bom objeto. A introjecção de um bom objeto estimula a projecção de bons sentimentos e isso (...) fortalece, pela reintrojecção, o sentimento de posse de um bom objeto interno (...) a interação dos processos de introjecção e projecção – reintrojecção e reprojecção – determina o desenvolvimento do ego. A relação com o seio amado e odiado – bom e mau – é a primeira relação objetal” (Klein 1982, 226).

Nas palavras de Klein (1982) “Os dois aspectos do seio materno – bom e mau – são introjetados e formam o núcleo do superego. Divisão, onipotência, idealização, negação e controle dos objectos internos e externos são dominantes nesse estágio. Esses primeiros métodos de defesa são de uma natureza extrema, em concordância com a intensidade das primitivas emoções e a capacidade limitada do ego para suportar uma ansiedade aguda (...) essas defesas

impedem o curso da integração porém, são essenciais ao desenvolvimento total do ego, visto que aliviam repetidamente a ansiedade do bebê. Essa segurança relativa e temporária é conseguida, predominantemente, pelo facto do objecto persecutório ser mantido afastado do bom objecto. A presença na mente do bom objeto (ideal) habilita o ego a manter fortes sentimentos de amor e gratificação” (Klein 1982, 228).

A medida que o ego vai ficando cada vez mais apto a suportar a ansiedade, os métodos de defesa sofrem uma alteração correspondente. Para isso, contribui um crescente sentido de realidade, bem como a mais vasta gama de gratificações, interesses e relações objetais. Os impulsos destrutivos e a ansiedade persecutória decrescem de poder (Klein 1982, 229).

Conforme a criança vai crescendo, as mudanças no desenvolvimento intelectual e emocional do bebê tornam-se acentuadas, o que pode ser observado no segundo trimestre do primeiro ano de vida. A relação da criança com o mundo externo vai alargando-se e ganha maior gratificação. Aumenta o poder de expressar suas emoções e comunicar com as pessoas. Essas mudanças observáveis são prova do gradual desenvolvimento do ego. A Integração, a consciência, as capacidades intelectuais, a relação com o mundo externo e outras funções do ego desenvolvem-se com firmeza. A organização sexual da criança também está progredindo; as tendências: uretral, anal e genital aumenta de vigor (Klein 1982, 229).

Nessa fase, a relação com a mãe como pessoa, que se desenvolveu gradualmente enquanto o seio ainda figurava como principal objecto, torna-se agora mais completamente estabelecida e a identificação com ela ganha em vigor quando a criança pode perceber e introjectar a mãe como uma pessoa, em outras palavras como um objecto completo. Ocorre assim, uma integração; a criança integra o pai e a mãe como pessoas totais, com os seus vários aspectos (bom, mau, amado e odiado).

Os processos de síntese operam em toda a extensão das relações objectais internas e externas. Compreendem os aspectos contrastantes dos objectos internalizados, dando início ao superego. O ego passa a ser impelido a diminuir a discrepância entre o mundo interno e externo, por assim dizer, a discrepância entre as figuras internas e externas. Assim surge uma maior coerência entre as partes destacadas do ego. Todos esses processos de integração e síntese fazem com que o conflito entre amor e ódio atinja a sua força máxima. A conseqüente ansiedade depressiva e os sentimentos de culpa alteram-se, não só em quantidade, como também em qualidade.

Nesse estágio, o Amor e o Ódio estão muito mais unidos, e o seio “bom” e “mau”, a mãe “boa” e “má” já não se mantem separados. A avidez e as defesas contra o objecto amado desempenham um papel significativo, pois a ansiedade de perder irremediavelmente o objecto amado e indispensável tende a aumentar. E a avidez passa a ser sentida como algo incontrolável e destrutivo, que põe em perigo os objectos amados, internos e externos. Assim, o ego inibe cada vez mais os desejos instintivos. O que pode causar dificuldades graves para a criança, quanto à aceitação de alimento e o prazer que este lhe proporciona (Klein 1982, 229).

A ansiedade relacionada com a mãe internalizada que se sente ter sido danificada (em sofrimento, em perigo de aniquilamento ou já aniquilada e perdida para sempre), leva a uma identificação mais forte com o objecto. Essa identificação reforça ao mesmo tempo o impulso reparador e as tentativas do ego para inibir os impulsos agressivos. (Klein 1982).

Alguns mecanismos usados pelo ego para neutralizar a ansiedade persecutória são: negação, idealização, clivagem e controle dos objectos internos e externos. Defrontado por uma quantidade enorme de situações de ansiedade, o ego tende a negá-las todas e, quando a ansiedade é máxima, o ego chega mesmo a negar o facto de que ama o objecto. O resultado poderá ser uma

duradoura sufocação do amor, um distanciamento dos objectos primários e um aumento na ansiedade persecutória (Klein 1982, 231).

Com o desenvolvimento, o ego cria defesas mais adequadas contra a ansiedade, o que resulta numa diminuição real da ansiedade. Quando o bebé introjecta uma realidade externa mais tranquilizadora, o seu mundo interno melhora e isso por meio da projecção, beneficia, por sua vez, a imagem infantil do mundo externo (Klein 1982, 232).

Quando o bebé sente que os seus impulsos e fantasias de destruição são dirigidos contra a pessoa completa de seu objecto amado, a culpa surge com toda a força e, concomitantemente, a urgência superlativa de reparação, de preservar ou reanimar o objecto amado e danificado. A tendência reparadora deriva, fundamentalmente, do instinto de vida, trazendo consigo fantasias e desejos libidinais. Essa tendência participa em todas as sublimações e, desse estágio em diante, constituirá o processo pelo qual a depressão é mantida sob controlo e diminuída. Parece não existir aspecto algum da vida mental que não seja usado, nos estágios primitivos, como defesa do ego contra a ansiedade (Klein 1982, 233).

É característica das intensas emoções e avidez da criança pequena atribuir aos pais um estado constante de gratificação mútua, de uma natureza oral, anal e genital. À medida que se desenvolve, gradualmente, uma relação mais realista com os pais, a criança acaba considerando-os indivíduos separados, isto é, as primitivas figuras parentais combinadas perdem força (Klein 1982, pg 238 e 239).

Nas palavras de Klein: “Esses desenvolvimentos estão interligados com a posição depressiva. Em ambos os sexos, o medo de perder a mãe, o objeto primário de amor – quer dizer, ansiedade depressiva – contribui para a necessidade de substitutos; e a criança volta-se em primeiro lugar para o pai, o qual, nesse estágio, também é introjetado como pessoa completa, a

fim de preencher essa necessidade (...) contudo, ao mesmo tempo, novos conflitos e ansiedades surgem, uma vez que os desejos edípicos em relação aos pais implicam que a inveja, rivalidade e ciúmes – nesse estágio ainda poderosamente insentivados pelos impulsos sado-orais – são agora experimentados em relação a duas pessoas que são ao mesmo tempo amadas e odiadas” (Klein, 1982, 240).

Ainda nas palavras de Klein: “A resolução desses conflitos, que surgem primeiro durante os estágios iniciais do complexo de Édipo, faz parte do processo de modificação da ansiedade que se prolonga para além do primeiro ano de vida e penetra no segundo ano de idade da criança (...) Em resumo: a posição depressiva desempenha um papel vital no desenvolvimento primordial da criança e, normalmente, quando a neurose infantil chega ao fim, por volta dos cinco anos de idade, as ansiedades persecutórias e depressivas sofreram já uma acentuada modificação (Klein, 1982, pg. 240).

II. 4 - Os Mecanismos de Defesa na Psicologia em Geral

Os mecanismos de defesa referem-se, sobre tudo, à regulação de vivências emocionalmente negativas, de que se destaca a ansiedade. Mas, para além disso, são essencialmente inconscientes e descritos, não tanto como processos, mas como formas dominadoras de reagir e como características individuais mais ou menos rígidas, considerando-se reacções fixas através de comportamentos estereotipados (Bond, 1983).

No uso linguístico Psicanalítico Mecanismos de Defesa são processos psíquicos actuando inconscientemente, de que o ego, em situações de conflito, se serve para eliminação ou transformação das pulsões. O objectivo da defesa é a protecção do Ego contra as exigências

pulsionais, que se sentem como perigosas. O Ego põe sempre em actividade o processo defensivo (Dietrich, 1970).

Outras escolas da psicologia também se referem a mecanismos psíquicos que é possível entender como técnicas defensivas do Ego. Como exemplo a psicologia das profundidades e a psicologia individual. Em destaque o mecanismo da compensação e o “fenômeno de redução” (restrição, desrealização, despersonalização) são denominados como mecanismo de proteção e defesa do Ego por meio dos quais o indivíduo procura libertar-se da pressão interior e da tensão dolorosa (Dietrich, 1970).

Os estudos de Anna Freud foram importantes pelo facto dela apresentar as várias idéias a respeito do conceito dos mecanismos de defesa. Um dos maiores contributos dela foi o facto de apesar da variedade dos mecanismos de defesa o indivíduo tende a seleccionar poucos. Diante de situações traumáticas ou de estresse, cada pessoa tem uma técnica de lidar com esses problemas. Cada indivíduo utiliza um restrito repertório dos mecanismos de defesa (Parker & Endler, 1996).

Alguns estudiosos dos mecanismos de defesa classificaram de acordo com o potencial de patologia envolvida (Groot, 1957; Hartmann, 1939). Outros estudiosos os distinguem entre defesas “adaptativas” e “não adaptativas” (Haan, 1963, Kroeber, 1963; White, 1948). E ainda estudiosos que propuseram o modelo de hierarquia da psicopatologia (Bond, Gardiner, Christian & Siegel, 1983; Menninger, 1954; Perry & Cooper, 1989; Semrad, Grinspoon & Fienberg, 1973).

Um estudo que teve grande impacto na literatura dos mecanismos de defesa foi de Vaillant (1971, 1977), propôs o modelo de hierarquia baseado nas defesas “imaturas” e “maturas”. As defesas maduras seriam definidas pelas actividades de sublimação, humor e repreção. Por outro lado, as defesas imaturas são definidas por actividades como projecção, hipocondria e agressão passiva. E ainda uma classe intermediária “as defesas neuróticas” que

inclue a actividade como intelectualização, repressão e reação formativa. Seguindo esse modelo, os indivíduos que se utilizam dos mecanismos maduros estão em melhor saúde mental e com relações mais gratificantes do que os indivíduos que utilizam as defesas imaturas (Parker & Endles, 1996).

Os Mecanismos de Defesa tornam-se importantes para a compreensão da construção da mente humana, o que leva as mais variadas abordagens psicológicas. Um dos estudos que neste âmbito merece destaque é o de Norma Haan. Em 1963, ela apresenta, pela primeira vez, um esquema de articulação entre “processos de defesa” (actividades não adaptativas) e “processos de coping” (actividades adaptativas) como proposta capaz de auxiliar no entendimento do funcionamento do ego.

Em outros estudos ela acrescenta os “processos de fragmentação” na teoria do desenvolvimento e construção do ego. Em 1977, publica o livro “Coping and Defending” onde ela apresenta a organização triádica dos processos do funcionamento egoico. Nesta proposta os três processos distinguem-se pelas propriedades de funcionamento que lhes são teoricamente atribuídas.

Nas afirmações de Haan: “Coping envolve objetivos, escolhas e lógica, permitindo e estimulando uma expressão afectiva apropriada. O funcionamento defensivo é compulsivo, rígido, denegador da realidade intersubjetiva e da lógica, as quais consegue distorcer. O que permite a expressão mascarada dos impulsos, e encarna a expectativa de que a ansiedade pode ser aliviada sem uma solução do problema. A fragmentação é uma experiência automatizada, ritualística, formulada na intimidade do sujeito, dirigida afetivamente, e expressa irracionalmente no sentido em que a realidade intersubjetiva é claramente violada. Com efeito, os processos de coping dão determinados pontos, e as fragmentações assinalam disfunções temporárias ou

permanentes tendentes a rejeitar as realidades intersubjetivas que se opõem a formulações íntimas importantes." (Haan, 1977, Justo, 1994, Parker & Endles, 1996).

De acordo com a proposta de Haan, qualquer dos conjuntos nomeados tem a possibilidade de se manifestar, e exercer o seu papel, em quatro tipos diferentes de funções assumidas pelo ego, são elas: as funções cognitivas, as funções reflexivas, as funções de focalização da atenção e as funções ligadas à regulação dos impulsos e afetos.

Sendo assim, cada processo de coping tem um equivalente defensivo e de fragmentação e vice e versa. Nos processos de coping encontramos aspectos geralmente tidos por “positivos” (objetividade, empatia, sublimação, etc.) e nos processos de fragmentação aspectos geralmente tidos como “negativos” (concretismo, delírios, despersonalização, etc). Nesse caso, os processos do ego podem ser considerados saudáveis quando bem adaptados e doentios quando mal adaptados.

Dois aspectos importante dessa teoria a serem salientados: A ampla variedade de encadeamentos que se podem observar numa mesma personalidade. Não existem pessoas funcionando exclusivamente com processos de “coping”, defensivos ou de fragmentação. A riqueza da personalidade humana saudável quando se aponta a possibilidade de uma mesma pessoa usar processos de natureza distinta, em simultâneo ou alternadamente. O nível de funcionamento mental em que estes processos operam (consciente, inconsciente e subconsciente).

Segundo a autora, de uma forma geral, tais processos são melhor descritos como “silenciosos” ou pre-conscientes. Nessa abordagem teórica, os processos do ego são conceptualizados como instrumentos operáveis de forma a alcançar um determinado fim: a manutenção da organização momentânea e da organização temporal da pessoa humana. Sendo assim, o indivíduo lidará com a sua experiência de vida e a sua conflitualidade interna da forma

que for mais adequada às vicissitudes do ego e às circunstâncias envolventes. Nas palavras de Haan: “a pessoa utiliza processos de “coping” se poder, defender-se-á se precisar, e fragmentar-se-á se a isso obrigado mas, qualquer que seja o modo usado, estará sempre a actuar no sentido de manter a sua organização.” (citado por Justo, 1994).

Os mecanismos de defesa e as estratégias de coping vêm sendo estudados como diferentes tipos de processos adaptativos. Eles podem ser claramente diferenciados na base dos processos psicológicos envolvidos porém não na base das relações das consequências dos seus efeitos. O critério para diferenciar os mecanismos de defesa das estratégias de coping inclui o estatuto de consciente/incosnciente; intencional/não intencional na natureza do processo. Os mecanismos de defesa e as estratégias de coping são a forma que o indivíduo encontra para lidar com as adversidades (Cramer, 1998).

Cramer (1998) sugere que o critério a ser seguido para diferenciar os mecanismos de defesa e as estratégias de coping são: as estratégias de coping envolve a consciência, empenho intencional por outro lado os mecanismos de defesa ocorrem sem o empenho da consciência e sem o estado consciente, são mecanismos inconscientes. As estratégias de coping tem a intenção de administrar ou resolver a situação de conflito. Entretanto os mecanismos de defesa ocorrem sem a intencionalidade consciente, e tem por objectivo de descarregar uma pressão interna inaceitável em uma conduta socialmente aceitável sem a participação da consciência.

Na Teoria psicanalítica todos os mecanismos de defesa eram patológicos. Nesta corrente teórica, posteriormente, os mecanismos de defesa foram divididos em primários e secundários, em que uns eram mais patológicos e primitivos do que os outros. A evolução desta concepção levou a que os mecanismos de defesa fossem considerados adaptativos ou não adaptativos (Ribeiro, 2009).

A continuidade da evolução destes conceitos ramificou-se: em meados do século XX uma corrente fora da psicopatologia e com raízes na psicologia social e na psicologia cognitiva falava em estratégias de *coping* que eram todas escolhidas conscientemente, e não eram consideradas quer como saudáveis quer como patológicas. Surge assim uma linha complementar que é mais útil para a psicologia que lida com os problemas que as pessoas têm na vida diária, e não com a doença mental (Ribeiro, 2009).

No campo da psicopatologia os mecanismos de defesa ou estilos de adaptação, por adaptação entenda-se coping, continuaram a ter uma função importante na avaliação da adequação do comportamento dos indivíduos. Nesta área estes termos significam os processos psicológicos automáticos que protegem o sujeito perante a ansiedade e as ameaças de origem interna ou externa. Dos mais variados mecanismos de defesa apenas uma pequena parte é considerada madura ou apropriada, e em que outra pequena parte é, claramente, expressão de comportamento patológico (Ribeiro, 2009).

Nas palavras do Dicionário Houaiss (2001, In Rodrigues, 2008) Como defesas, entende-se a capacidade para resistir a ataques internos e externos. No Dicionário Houaiss (2001) a definição psicanalítica de *defesa* é: ‘conjunto de operações inconscientes que visam diminuir a influência de fontes de perigo que ameaçam a integridade do indivíduo’. Houaiss, ainda na aludida obra, diz que a noção de *mecanismos de defesa* é um: ‘Conjunto de sentimentos, representações e tendências comportamentais que sobrevêm, automaticamente, quando um indivíduo percebe uma ameaça psíquica, o que o protege da angústia, de uma tomada de consciência dos conflitos e perigos internos e externos, ou lhe permitem acomodar-se de uma forma mais fácil, sem necessariamente consciencializar-se deles nem atingir de facto uma nova adaptação ou um domínio da situação.’ Trata-se, portanto, de mecanismos inconscientes que o Ego utiliza, com os

quais o sujeito convive, sem que deles se aperceba. Só o processo analítico os poderá tornar (em parte) conscientes, e conduzirá à autêntica mudança e adaptação.

II.5 - Estratégias de Coping

Autores como Folkman e Lazarus denominaram estratégias de *coping* todos os esforços cognitivos e comportamentais que a pessoa utiliza para enfrentar a situação de estresse. As diferentes maneiras de lidar com as situações estressantes, que são ações deliberadas aprendidas, usadas e/ou descartadas, podem constelar padrões de comportamento que se repetem ao longo da vida do indivíduo. Essa reação de mobilização de recursos naturais tem o objetivo de manter o equilíbrio do organismo, diminuindo a resposta de distress.

O coping refere-se aos esforços para controlar, reduzir, ou tolerar as exigências criadas pelo stress. Na linguagem científica os investigadores, usam a palavra “*coping*”, “adaptação”, “confronto”, “gerir”, “lidar com”, para se referir ao mesmo fenómeno. No Brasil a palavra utilizada é “enfrentamento”, que é um termo muito expressivo. De facto o *coping* refere-se ao modo como as pessoas enfrentam as múltiplas exigências da vida com o objectivo de as resolver (Ribeiro, 2009).

Ainda nas palavras de Ribeiro (2009) “Tecnicamente *coping* define-se como “esforços cognitivos e comportamentais para gerir exigências específicas, internas e/ou externas, que são avaliadas como excedendo, ou como estando nos limites dos recursos pessoais”. Ou seja, não se refere às coisas que acontecem mas incluem aquelas que as pessoas pensam que acontecem ou que podem acontecer”.

Quando o indivíduo está numa situação de mal-estar e tensão tende a adoptar novos modos de resposta para superar a crise, ou seja, mobiliza as capacidades de coping, que poderão

conduzir à uma adaptação positiva ou então a um ajustamento não saudável com repercussões emocionais negativas (Parker & Endler, 1990 citado in Martins et al 2003).

Duas dimensões do Coping descobertas logo no início dos estudos foram: coping focado na emoção e o coping focado no problema. As dimensões do coping focado no problema envolve estratégias que visam solucionar, reconceptualizar ou minimizar a situação estressante. Por outro lado, as dimensões de coping focado na emoção incluem estratégias que envolve preocupação com si próprio, fantasia ou qualquer actividade consciente relacionada com afeto (Parker & Endler, 1996).

O coping é um termo que deriva das teorias cognitivas, e está relacionado com o estresse. É um termo em inglês que tem como significado “lidar com” ou “gerir”. Sendo um conjunto de diligências comportamentais e cognitivas por parte de uma pessoa e que constitui um processo para gerir ou lidar com solicitações específicas ou excessivas, independentemente da sua eficácia. Essas solicitações podem provir de situações de internas, tais como: pensamentos, sentimentos, doença física; ou podem provir de situações externas tais como: estímulos físicos, relações interpessoais, acontecimentos comunitários, entre outros.

Nos estudos de Ribeiro 2003, Lazarus e Folkman (1986) enfatizam o papel ativo do indivíduo na apreciação da situação considerada ameaçadora (avaliação cognitiva), interagindo e confrontando-se com os recursos disponíveis capazes de fazer frente a ameaças. Este mecanismo compreende a apreciação das capacidades pessoais para enfrentar os conflitos, ou seja, até que ponto a ameaça interfere no seu bem-estar (avaliação primária) e que recursos físicos, psicológicos e sociais existem para controlar ou resolver o problema (avaliação secundária).

As pessoas diferem muito na interpretação que fazem das situações de conflito. Uma situação pode ser percebida como conflituosa para um indivíduo e para outro não. Tal apreciação

deve-se a um conjunto de factores, que Lazarus designou de pessoais e situacionais (Lazarus & Folkman, 1986, In Ribeiro 2003).

Os factores pessoais integram os aspectos cognitivos, motivacionais (relacionados com a personalidade) e os hábitos comportamentais (os quais justificam as diferenças de controle, domínio e desafio perante os conflitos. Já os factores situacionais são externos ao indivíduo, caracterizam a situação de conflito em si, dizem respeito ao tipo de acontecimento, ao seu momento cronológico, se é uma situação imutável ou não, se é controlável, se é ou não ambígua, se tem potencial de ocorrer e recorrer. O indivíduo responde de forma inapropriada à situação de crise, quando as suas capacidades de adaptação estão limitadas e o stress se sobrepõe. Neste processo reconhece-se a importância de alguns recursos intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo, que podem ajudar a fazer face à situação de crise e a resolvê-la favoravelmente, ou seja, atuarem como mediadores. O conjunto de características sócio-demográficas e pessoais, como idade, sexo, estatuto sócio-económico, escolaridade, e o nível de maturidade pessoal inerentes a cada indivíduo, são susceptíveis de influenciar diferentes mecanismos e estratégias de coping (Lawton, Moss, Kleban, Glicksman & Ravine, 1991; Whitlacht, Schur, Noelker, Ejaz & Looman, 2001, Ribeiro 2003).

Ainda em Ribeiro 2003, as crenças filosóficas e religiosas, o contexto cultural com regras e valores inerentes a um património comum, conferem um nível diferente de saúde e energia (Pearlim, Mullan, Semple & Skaff, 1990 citado em Ribeiro 2003). De igual forma os factores hereditários predis põem, a diferentes riscos e susceptibilidades. O modo como somos preparados, para lidar com perdas pessoais, materiais ou económicas, as separações, a forma como valorizamos as situações, as expectativas que temos de receber apoio, constituem influências

importantes neste processo, permitindo diminuir a vulnerabilidade das pessoas em crise e contribuir para aumentar o seu auto-conceito (Moss, 1982, In Ribeiro 2003).

As estratégias de *coping* representam também um mediador crítico na relação com o stress, tendo por objetivo a resolução da situação (problema) e/ou o controle das emoções resultantes da situação. Representam um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais, no sentido de lidar (reduzir, dominar ou tolerar) com as exigências específicas, internas e externas que foram avaliadas como ultrapassando ou excedendo os recursos disponíveis (Lazarus, 1991, In Ribeiro 2003).

O coping tem sido definido como um factor estabilizador, ou seja, facilita o ajustamento individual ou a adaptação quando se está perante situações ou em momentos stressantes (Holahan & Moos, 1987).

Estes autores apresentam várias definições de *coping*, nomeadamente: qualquer esforço de gestão de stress; coisas que as pessoas fazem para evitarem ser magoadas pelos constrangimentos da vida; comportamentos cobertos ou abertos que as pessoas implementam para eliminar o distress psicológico ou as condições stressantes.

As estratégias de coping têm quatro características nomeadamente:

- Salientar a descrição de pensamentos e acções que ocorrem numa dada situação stressante ou em vários estádios dessa situação;
- Avaliação do coping não questiona o que a pessoa devia ou podia fazer ou pensar, ou o que costuma fazer numa dada situação. Questiona sim o que se passou num contexto particular, assumindo que o que se passou muda com o tempo ou com a alteração da

situação ou contexto (é um processo). Isto ocorre em resultado de uma interacção activa entre a pessoa e o meio com base numa relação psicológica pessoa-meio;

- Avaliação do coping implica que se avalie o mesmo indivíduo em vários contextos e momentos para identificar a estabilidade e a mudança nas acções e pensamentos relacionadas com o coping; deve haver prudência na avaliação se um processo de coping é bom ou mau, dado estar dependente da pessoa, dos seus objectivos, dos resultados procurados e das suas preocupações.

Resumindo a justificação para classificação: o comportamento de *coping* é diferente do comportamento defensivo. Por definição o comportamento defensivo é rígido, compelido, distorce a realidade e não diferenciado. Ao passo que o comportamento de *coping* é flexível, intencional, orientado para realidade e diferencial. São as duas formas que ego usa para lidar com conflitos. O modelo de tentativas para evitar as dificuldades inerentes em usar critérios sociais de saúde focado nos processos defensivos ou coping, independente da satisfação do impulso e da motivação (Haan, 1965).

Os processos envolvidos nos Mecanismos de Defesa, os clássicos, foram primeiramente sugeridos por Freud, e elaborados por Anna Freud (1937), e Agora fazem parte da linguagem comum da psicologia. Os processos de coping são definidos em paralelo ao processo de defesa: por exemplo: projecção envolve um processo de apreender outros sentimentos tal como a empatia, é o complemento do coping. Porém a projecção é rígida, compelida, distorcida e não diferenciada. Por outro lado a empatia é flexível, tem propósito, orientada para a realidade e diferenciada. O mecanismo de defesa como complemento do coping segue: isolamento - objetividade, intelectualização – intelectualidade, racionalização – análise lógica, duvidar – tolerância de

ambiguidade, negação – concentração, projeção - empatia, regressão a serviço do ego, deslocamento – sublimação, reação formativa – substituição, repressão – supressão (Haan, 1965).

Os mecanismos do ego possuem vários factores que já foram mencionados por Haan. Dois factores relacionados com defesa são denominados por primitivo e anti cognitivo (alta carga de repressão e negação) e defesas estruturais (alta carga de projeção e deslocamento e racionalização). Outros dois factores que refletem o *coping* são denominados de *coping* controlado (alta carga de substituição, supressão e concentração) e a livre expressão do *coping* (alta carga de regressão a serviço do ego, empatia e tolerância a ambiguidade) (Haan, 1965).

Para Ribeiro (2009) temos três modelos de coping que constituem uma evolução de mais de 100 anos. Um mais inconsciente (os mecanismos de defesa) outro que assume um sentido próximo do anterior, consciente mas automático (estilos de adaptação ou de *coping*), e as estratégias de *coping* que é o que o indivíduo faz depois de avaliar a situação (o que aconteceu? onde aconteceu? é ou não um problema? Se sim sou capaz de lidar com ele?) e então escolhe uma forma de agir para enfrentar o problema.

As estratégias que as pessoas escolhem para enfrentar as situações são agrupadas em dimensões variadas. As pessoas utilizam todas as formas de coping, mas utilizam mais uma do que outras, como, auto controlo (p. ex. Tentei não agir depressa demais nem seguir o meu primeiro impulso), suporte social (Falei com alguém para saber mais sobre a situação), fuga evitamento (Desejei que a situação desaparecesse ou que de alguma forma terminasse), resolução planeada do problema (Eu sabia o que devia ser feito, por isso redobrei os meus esforços para que as coisas corressem bem), reavaliação positiva (Redescobri o que é importante na vida), assumir a responsabilidade (Pedi desculpa ou fiz algo para compor a situação), confrontação (Mantive a minha posição e lutei pelo que queria), distanciamento (Tentei esquecer tudo). Todos utilizamos

todas estas estratégias, e, neste modelo teórico, as mais adequadas, são as mais eficazes, ou seja, as que reduzem o impacto dos stressores, para aquela pessoa, naquela situação, naquele momento. Este modelo assume que as estratégias escolhidas por cada pessoa dependem das suas características, da situação e do momento (Ribeiro, 2009).

Algumas situações percebidas ou avaliadas como stressantes, são coisas que já aconteceram (p.ex. um familiar que adoeceu gravemente, alguém próximo que teve um acidente, reprovou num exame?), que são ameaças (vai perder o emprego? Está doente e à espera de resultados de análises?), são desafios (p. ex. uma promoção no emprego que exige mais responsabilidades? Uma proposta de trabalho noutra empresa para o médio oriente que obriga a deixar a família? Uma prática radical como seja fazer *base jumping*? Ou grande parte dos desportos radicais) (Ribeiro, 2009).

II.6 - Um Mecanismo de Defesa: A Idealização

Nas palavras de Brusset (2001), a Idealização foi definida por Freud como um processo que engrandece e exalta o objecto sem mudar a sua natureza, e que diz respeito aos domínios da libido do ego e da libido do objecto. A idealização do objecto amado tem sempre uma significação narcísica e a dos pais contribui, pela identificação, para a génese e o enriquecimento das instâncias ideais da pessoa. É uma defesa contra as pulsões destrutivas: é correlativa da clivagem entre bons e maus objectos: quer se trate de objectos parciais quer de objectos totais, o bom objecto é idealizado, dotado de todas as qualidades e protector, enquanto o mau objecto é odiado.

Um outro conceito de idealização consiste em atribuir a outro indivíduo qualidades de perfeição, vendo o outro de modo ideal. É um mecanismo característico da posição esquizo-

paranóide. Aumentam-se os traços bons e protectores do objecto bom ou acrescentam-se-lhe qualidades que não têm. É necessária a predominância de experiências boas sobre as más de modo que a criança siga para o passo seguinte, a posição depressiva, de maneira suave e menos perturbadora (Rahim, 2001).

Em “Introducción del narcisismo” (1914), Freud mostra a diferença entre sublimação e idealização, diferença que sustentará em toda a sua obra, salvo algumas oscilações. Convém ter em conta a delimitação que estabelece, neste texto, entre o Eu Ideal e o Ideal do Eu, porque é o que permitirá entender o conceito de idealização (Ambertin, 2003). A idealização provém do campo dos valores, dando um enobrecimento ou um embelezamento dos conteúdos representativos (Mijolla & Mellor, 2002).

A idealização, para Freud, é um disfarce que permite ultrapassar a barreira da censura. É a forma como a pulsão pode mudar do seu alvo inicial sexual para um outro que lhe seja “psiquicamente aparentado” e visar, por esse facto, objectos diferentes dos objectos iniciais da pulsão. Estes novos objectos terão como característica de serem “socialmente valorizados”, o que implica não só que possam ser valorizados por outros que não o próprio indivíduo, mas que esse julgamento tenha um alcance colectivo e mesmo cultural (Mijolla & Mellor, 2002).

A idealização diz respeito a um objecto e assenta na sobrestimação. O objecto é idealizado sem que a pulsão seja modificada nem quanto à natureza do objecto nem quanto à forma do alvo. A exaltação das perfeições do objecto pode ir de encontro à noção de valorização social no caso de tal exaltação ser partilhada por grupo. A idealização dos pais vai permitir à criança criar para si instâncias ditas “ideais” (Superego, Ideal do Ego) que vão levá-la a sublimar as suas pulsões para responder às exigências internas que elas gerem e manter o laço de amor e de protecção com os pais (Mijolla & Mellor, 2002).

Na idealização o Ego tem a possibilidade de recuperar razões para amar a Si mesmo fundindo-se com o objecto idealizado, como também a possibilidade inversa para o Ego de se despojar de todo o seu amor de Si que recai sobre o objecto. O objecto torna-se cada vez mais magnífico e precioso. A idealização do objecto pode causar tanto o enriquecimento como o empobrecimento do ego (Mijolla & Mellor, 2002).

Na idealização há um predomínio simbólico-imaginário que pretende disfarçar a inconsistência do outro. A idealização leva à exaltação do objecto e procura a completude do outro. O amor pretende fazer do Outro um Outro completo (Ambertin, 2003).

É importante analisar em que consiste a “formação do ideal”, porque parece consistir em toda uma estratégia simbólica com a qual o sujeito se mede a si mesmo e, para fazê-lo, precisa de um padrão de medida. Em suma, isto fala-nos de uma mediatização entre o eu e essa imagem valiosa que tem de si mesmo (Ambertin, 2003).

No seu trabalho, Ambertin destaca as palavras de Freud a respeito da Idealização: “A idealização é um processo que envolve o objecto; sem variar de natureza, este é engrandecido e realçado psiquicamente. A idealização é possível tanto no campo da libido egóica quanto no da libido de objeto. Por exemplo, a super-estima sexual do objeto é uma idealização deste” (Freud, 1914/1979: 91 citado In Ambertim, 2003).

A idealização, por sua vez, diz respeito ao objecto e, portanto, está referida diretamente à sexualidade. Freud afirma que o objecto da paixão é idealizado na medida em que ele será super valorizado nos seus atributos. O exemplo da idealização, neste caso, recai sobre o objecto da paixão. Já no texto da Psicologia das massas, recai sobre o líder, o hipnotizador. Em Psicologia das massas, Freud diz que entre o estado de estar amando e a hipnose é apenas um curto passo (Freud, 1953).

Na idealização encontramos atributos no objecto idealizado que são o resultado de uma fantasia capaz, pelo mistério que comporta, pelo jogo de ocultar e revelar de uma imagem, de dar ou não a Ela consistência. Por consistência ou ausência de consistência podemos entender a diferença entre uma imagem puramente visual que surge como fixa e uma imagem com consistência de atributos, que pressupõe uma subjetividade, valores intelectuais, éticos, que fogem à mera fixidez imagética. Quando uma imagem não possui consistência, a idealização surge como uma imagem fixa. A idealização tanto pode apontar para uma pura imagem como para uma imagem à qual se atribui consistência (Pinheiro, 2000).

Nas palavras de Pinheiro (2000) “Gostaria aqui de pensar a idealização de objectos que se constituirão como peças fundamentais das instâncias ideais propostas por Freud. Se essas instâncias, entre outras coisas, têm por função medir o eu do presente com os "eus" idealizados do passado e do futuro, esta função apontaria de um lado para um passado perdido de felicidade e um futuro de felicidade a ser alcançado. Se tomarmos somente o ideal do eu, ou seja a dimensão de futuro dessas instâncias, teremos na obra freudiana que o ideal do Eu contém todo o corolário dos modelos de escolha objectal apresentada em *Introdução ao narcisismo*. Tanto do modelo narcísico - aquilo que fui (Eu ideal), o que gostaria de ser (ideal do eu); como do modelo por apoio ou anaclítico - aquela que me nutriu (figuras parentais) e aquele que me protegeu (figuras parentais). Ora, aquilo que fui, o eu ideal, segundo Freud é a projeção do narcisismo dos pais sobre Sua Majestade o bebê, contendo portanto também as figuras parentais. Aquilo que gostaria de ser também inclui a fórmula paradoxal que Freud aponta em *O Eu e o Isso*”.

Nas palavras de Melaine Klein (1946, in Justo, 1994) “a idealização é enlaçada com a clivagem do objecto, pois as características boas do peito são exageradas como salvaguarda contra o peito persecutório. Sendo a idealização o corolário do medo persecutório, ela resulta

também, do poder dos desejos que procuram uma satisfação ilimitada e desta forma criam uma imagem do peito inesgotável e sempre alimentador, um peito ideal.”

III. Hipótese

De acordo com os estudos realizados e apresentados nesse trabalho o segundo trimestre de gravidez vai ser o período em que geralmente, a mulher grávida vai perceber os movimentos fetais, o que possibilita a confirmação da gravidez. A partir da conscientização da gravidez a mulher grávida vai entrar em contacto com o seu bebé, dando início ao processo de vinculação. Onde a mulher vai idealizar o seu bebé atribuindo-lhe características desejadas por ela. Nas palavras de Brazelton e Cramer citados por Mendes (2002), no âmbito das representações cognitivas maternas, a idealização das grávidas sobre as suas competências para cuidar do filho surgem nesta fase, e se baseiam na relação com a própria mãe ou pessoa que a substituta, durante a infância da mulher grávida. O que nos leva a hipótese de quanto mais a mulher grávida idealizar o seu bebé maior será a dificuldade de vincular-se com ele durante a gravidez, o que prejudicaria o processo de ligação materna após o nascimento do bebé, por esse não corresponder as expectativas da mãe. O presente trabalho procurou explorar a relação entre a Vinculação Materna e o Mecanismo de Defesa: idealização.

IV - Metodologia

O presente trabalho teve início para obter um maior entendimento acerca de três aspectos: 1) a relação da mãe com o seu feto; 2) a complexidade e a riqueza das mudanças que transformam um homem e uma mulher em pai e mãe com a fasciante tarefa de acompanhar o crescimento de um novo ser; 3) a ligação materno-fetal e 4) como a idealização da mãe em

relação ao seu bebé manifesta-se ao longo da gestação. Essa pesquisa baseia-se na hipótese de que, quanto maior for a idealização da mulher grávida com relação ao seu bebé, maior vai ser a dificuldade de vinculação ao bebé durante a gravidez.

De acordo com a hipótese do presente trabalho, a variável dependente é o vínculo pré-natal e a variável independente é a idealização na mulher grávida.

IV. 1 - Operacionalização das Variáveis

IV. 1.1 – Os Testes Psicométricos

Um certo tipo de medida é necessário a toda ciência positiva, já que a experimentação exige uma rigorosa avaliação quantitativa das hipóteses experimentais. A psicologia científica tem por objecto o conhecimento da conduta humana. Toda a conduta humana se realiza através de movimentos significativos. Tais movimentos podem ser submetidos a um certo tipo de medida. Através do método experimental, podemos comprovar, quantitativamente, as relações que existem entre a conduta observável e a significação vital de tal conduta. A possibilidade da medida psicológica tem como fundamento a unidade psicossomática do homem. Todo fenómeno psíquico tem repercussão somática. Enquanto somática, existe a possibilidade de ser avaliada com um certo tipo de medida. Os testes são instrumentos psicológicos que nos levam a um fim: o conhecimento de um tipo de conduta humana (Baquero, 1983).

IV.1.2 - Variável Independente

A variável independente – idealização - vai ser avaliada através do teste D.M.I.

O teste D.M.I foi apresentado em 1969 por Gleser e Ihilevich. Este instrumento psicométrico é destinado à avaliação dos Mecanismos de Defesa e tem duas versões aplicáveis na

idade adulta, uma para o sexo masculino e outra para o sexo feminino. O teste também tem versões específicas para a adolescência e para a terceira idade.

Após alguns estudos preliminares, os autores concluíram que, as perguntas acerca das reacções a hipotéticas situações de conflito poderiam ser organizadas em quatro áreas: pensamentos, fantasias, reacções emocionais e comportamento manifesto. O agrupamento das respostas em termos de mecanismo de defesa deu origem a cinco categorias: a) reacções agressivas directas ou indirectas; b) atribuição de características ou intenções indesejáveis a um objecto externo e uso dessas atribuições para justificar a expressão da agressividade; c) respostas baseadas no funcionamento intelectual; d) respostas que representam soluções intrapunitivas e e) respostas marcadas pela ingenuidade, evitamento ou por interpretações positivas e desadaptadas da situação frustrante.

Em cada versão deste inventário, existem 10 pequenas histórias nas quais uma pessoa é confrontada com situações potencialmente frustrantes e conflituosas. Cada uma dessas histórias diz respeito a uma área conflitiva da personalidade humana. Seis áreas foram escolhidas: “autoridade”; “independência”; “masculinidade”; “feminilidade”; “competição” e “situacional”.

Após a leitura de cada história, pede-se ao sujeito que responda a quatro perguntas respeitantes a possíveis reacções suas: a) comportamento actual; b) comportamento impulsivo; c) pensamento e d) sentimento. Para cada pergunta, oferecem-se cinco respostas, entre as quais o sujeito deve escolher duas: aquela que avalia como mais próxima da sua reacção e aquela que avalia como mais distante da sua reacção.

Para cada pergunta existem cinco respostas correspondentes a cinco categorias de mecanismos de defesa, agrupados da seguinte forma: 1) TAO (Turning Against Object) – mecanismos que lidam com o conflito intrapsíquico dirigindo a agressividade para o objecto

relacional; 2) PRO (Projection) – mecanismos que justificam a expressão da agressividade face ao objecto frustrante atribuindo-lhe características adversas, negativas ou persecutórias; 3) PRN (Principalization) – mecanismos que lidam com o conflito separando o conteúdo do afecto, reprimindo este último; 4) TAS (Turning Against Self) – mecanismos que lidam com o conflito dirigindo a agressividade contra o próprio sujeito; 5) REV (Reversal) – mecanismos que lidam com o conflito criando respostas positivas ou neutras face a situações frustrantes.

Cada resposta assinalada como mais próxima da reacção do sujeito é cotada com 2 pontos. Cada resposta assinalada como mais distante é cotada com 0. As respostas não escolhidas recebem pontuação 1. A pontuação para cada escala varia entre 0 e 80 pontos. A soma das cinco escalas é sempre igual a 200.

IV.1.3 - Variável Dependente

A variável dependente é a ligação materno-fetal e vai ser avaliada através da Escala de Vínculação Materno – Fetal (Antenatal Emotional Attachment Scale de John T. Condon, 1993), cuja adaptação para português é de Camarneiro e Justo, 2007). Esta escala é destinada à avaliação da ligação afectiva, maternal e paternal, com o feto. As duas formas da escala focam especificamente sentimentos, atitudes e comportamentos dirigidos ao feto. Os itens destas escalas foram, inicialmente, desenvolvidos a partir de entrevistas com casais expectantes australianos, a que se seguiu a construção de questionários preliminares que foram testados em vários grupos de progenitores, incluindo amostras de cada trimestre da gravidez e de pais e mães, quer casados (ou em união de facto) com o outro progenitor, quer separados.

Esta escala é constituída por 19 itens maternos e 16 itens paternos. Cada item é o início de uma afirmação com cinco opções de resposta para completar a frase. Alguns itens têm

pontuação crescente de 1 a 5, mas a maioria tem pontuação inversa de 5 a 1. Os totais de cada escala são obtidos pela soma dos respectivos itens. Um item da forma materna e dois itens da forma paterna não pertencem a nenhuma sub-escala, mas são somados aos restantes para obter uma nota global de vinculação. O questionário leva perto de cinco minutos para ser preenchido e é apropriado para pais e mães com e sem filhos prévios. Genericamente, notas mais altas indicam uma vinculação mais positiva.

No presente trabalho, vai ser utilizada apenas a versão materna. A Escala de Vínculação Materno – Fetal (EVPN) subdivide-se em duas sub-escalas e denominadas da seguinte forma: 1) Escala de Qualidade da Relação de Vinculação (QRV), constituída pelos itens 2,3,5,8,9,11,13,e 18 e representa a qualidade das experiências afectivas e inclui sentimentos positivos de proximidade, ternura, prazer na interacção, tensão perante a fantasia de perda do bebé e conceptualização do feto como uma “pessoa pequena” e 2) Escala de Tempo Despendido no Modo de Vinculação (TDMV), composta pelos itens 7,15 e 16, representa a força e intensidade da preocupação com o feto, isto é, o grau em que o feto ocupa um lugar central na vida emocional dos progenitores. Inclui a quantidade de tempo passado a pensar sobre, falar sobre, sonhar sobre ou palpar o feto, bem como a intensidade dos sentimentos que acompanham estas experiências.

Questionário Sócio-Demográfico

O Questionário Sócio-Demográfico está dividido em cinco partes. Na primeira parte, temos as informações a respeito da mulher grávida, com as perguntas: idade (anos), escolaridade (número de anos de estudo com sucesso), profissão, estatuto laboral (empregada, desempregada e reformada) e estatuto conjugal (casada, divorciada, separada, viúva, solteira, união de facto). A segunda parte do Questionário Sócio-Demográfico contém informações a respeito do

companheiro da mulher grávida e as perguntas são idênticas às mencionadas anteriormente. A terceira parte é constituída pelas variáveis respeitantes ao casal. As perguntas são: tempo de relação conjugal, filhos do casal (sexo e idade), filhos fora do casamento (sexo e idade) e quais os filhos que habitam com o casal. A quarta parte diz respeito às informações obstétricas. As perguntas são: número das gravidezes, idade da mulher em cada gravidez, duração das gravidezes, IEG/IVG/ICG, sexo e peso do recém-nascido, PP ou PT; NV ou NM, quais os filhos vivos, número de semanas da gravidez actual. A quinta parte contém perguntas relacionadas com o planeamento e o desejo da gravidez: qual foi a reacção quando soube que estava grávida, como está a decorrer a gestação, enjoos, vómitos, a gravidez foi planeada, a gravidez foi desejada, a criança está a ser desejada, como você imagina o seu bebé, você sonha com o seu bebé, há fantasias ou sentimentos seus e do seu companheiro em relação ao bebé, costuma falar para a sua barriga, há algum pensamento negativo em relação à sua gestação, já está a perceber alguma modificação no seu corpo, há alguma interferência na gravidez por parte de algum familiar, pensa nas mudanças que vão ocorrer na vida conjugal com o nascimento do bebé, pensa nas mudanças que vão ocorrer na vida em geral com a chegada do bebé, se tem outros filhos, como é que eles estão a lidar com a expectativa de nascimento do novo bebé.

Os grupos profissionais designados por 1 a 9 são os constantes na Classificação Nacional das Profissões (Núcleo de Estudo das Profissões, 2001): 1 – Quadro Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores da Empresa; 2 – Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas; 3- Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio, 4 – pessoal administrativo e similares, 5- pessoal dos serviços comércio e vendedores; 5 – de proteção e segurança, dos serviços pessoais e domésticos e (s); 6 – Agricultores, Criadores de animais, Trabalhadores Agrícolas e Florestais, Pescadores e Caçadores; 7 – Operários, Artífices e

trabalhadores similares, 8 – Operadores de Instalações e Máquinas e trabalhadores da Montagem, 9 – Trabalhadores não qualificados.

V - Resultados

V. 1. - População e Amostra

A população é de mulheres grávidas no II trimestre da gravidez (12 a 24 semanas). As mulheres grávidas da nossa amostra foram contactadas no Centro de Saúde de Mafra e extensões e na rede de contactos informais da investigadora. As grávidas, na sua maioria, foram entrevistadas durante o II trimestre. No total, 34 questionários foram respondidos em entrevista directa, 9 questionários foram entregues às mulheres grávidas para serem respondidos em casa e posteriormente devolvidos e 11 questionários foram enviados por correio electrónico.

A amostra foi composta de 36 primigestas e 17 multigestas, sendo todas as gravidezes de feto único com ausência de patologia materna e ou fetal (Anexo 1, Quadro 13). Fez-se necessário eliminar um sujeito da amostra devido ao facto dela não ter respondido o questionário DMI na sua totalidade.

Para a realização do tratamento estatístico obtenção dos dados foi usado o programa informático SPSS versão 16.0.

V.2 - Estatística descritiva da amostra

Os dados que agora passamos a referir podem ser consultados nos quadros do Anexo I. Na variável idade, temos uma média de 28.83 anos e um desvio padrão de 4.22, sendo que as idades das mulheres grávidas pertencentes à nossa amostra oscilam entre um mínimo de 20 anos e um máximo de 38 anos (Anexo 1, Quadro 2). A variável escolaridade oscila entre 6 e 20 anos

de sucesso escolar, sendo que a média é de 14.47 anos e o desvio padrão é de 3.32 (Anexo 1, Quadro 3). Na variável profissão: 4 grávidas (7.4%) pertencem ao grupo “domésticas”; 2 grávidas (3.7%) pertencem ao grupo 1; 26 grávidas (48.1%) pertencem ao grupo 2; 3 grávidas (5.6%) pertencem ao grupo 3; 1 grávida (1.9%) pertence ao grupo 4; 1 grávida (1.9%) pertence ao grupo 5 e 16 grávidas (29.6%) pertencem ao grupo 9 (Anexo 1, Quadro 4). Na variável estatuto laboral, 45 grávidas (83.3%) estavam empregadas e 8 grávidas (14.81%) estavam desempregadas (Anexo 1, Quadro 5). Na variável estatuto conjugal: 29 grávidas (53.7%) são casadas, 21 grávidas (38.9%) estão em união de facto e 3 grávidas (5.6%) solteiras (Anexo 1, Quadro 6).

Com relação aos companheiros, a variável idade oscila entre um mínimo de 21 e um máximo de 42 anos. A média das idades é de 32.49 anos e o desvio padrão é de 4.07 (Anexo 1, Quadro 7). A variável escolaridade dos companheiros oscila entre um mínimo de 4 e um máximo de 20 anos de sucesso escolar. A média é de 14.30 anos de escolaridade e o desvio padrão é de 3.86 (Anexo 1, Quadro 8). A variável estatuto laboral dos companheiros indica-no que todos os sujeitos (n=53; 100%) estão empregados (Anexo 1, Quadro 10). Na variável profissão dos companheiros, temos 1 indivíduo (1.9%) que pertence ao grupo 1; 29 indivíduos (53,7%) pertencem ao grupo 2; 2 indivíduos (3.7%) pertencem ao grupo 5 e 21 indivíduos (38.9%) pertencem ao grupo 9 (Anexo 1, Quadro 9). Na nossa amostra, 29 indivíduos (53.7%) são casados; 21 indivíduos (38.9%) estão em união de facto e 3 indivíduos (5.6%) são solteiros (Anexo 1, Quadro 11).

Passamos agora a apresentar os dados relacionados com as questões obstétricas. Na variável tempo de gravidez, as nossas grávidas estão distribuídas da seguinte forma: 7 grávidas entre as 9 e as 15 semanas de gravidez; 29 grávidas entre as 16 e as 22 semanas de gravidez; 13

grávidas entre as 23 e as 29 semanas de gravidez; 4 grávidas entre as 30 e as 36 semanas de gravidez (Anexo 1, Quadro 14). Desta forma, a idade de gestação encontra-se entre as 9 e as 36 semanas de gravidez. O facto de termos sujeitos com mais de 24 semanas de gravidez deve-se ao facto de alguns questionários terem sido devolvidos com atraso considerável.

A variável relacionada com a reacção quando soube que estava grávida apresentou os seguintes resultados. Na sua grande maioria, as respostas são “feliz” (40.7%) e “surpresa mais feliz” (29.6%), enquanto os restantes 27.8% das respostas estão divididas da seguinte forma: “estado de choque”, “afrita”, “não estava esperando”, “planeada”, “muito bom”, “medo”, “bem”, “feliz e medo”, “tranquila”, “maravilhosa” e “preocupada”. Quanto a “Como está a decorrer a gestação?”, temos os seguintes resultados: 14 grávidas responderam “sem problemas”, 35 grávidas responderam “bem” e 4 grávidas responderam “ótima” (Anexo 1, Quadro 15).

Nas variáveis relacionadas com “Enjoos e Vómitos” obtivemos os seguintes resultados: 37 grávidas (68.5%) sentiam enjoos, 13 grávidas (24.1%) não sentiam enjoos e em 3 grávidas (5.6%) os enjoos eram raros. Na variável vómitos, obtivemos os seguintes resultados: 20 grávidas (37%) responderam que vomitavam, 31 grávidas (57.4%) responderam que não vomitavam e 2 grávidas (3.7%) responderam que os vómitos eram raros (Anexo 1, Quadros 17 e 18).

Quanto à variável planeamento da gravidez, 28 grávidas (51.9%) responderam que “sim” a gravidez foi planeada e 25 grávidas (46.3%) responderam que a gravidez “não” foi planeada (Anexo 1, Quadro 19). Na variável desejo da gravidez, 53 grávidas (100%) responderam que “sim”, a gravidez foi desejada (Anexo 1, Quadro 20). Nas variáveis relacionadas com o bebé, temos, em primeiro lugar, que a criança está a ser desejada por 53 grávidas (100%) (Anexo 1, Quadro 21). Na nossa amostra, 43 grávidas (79.6%) afirmaram imaginar o bebé, 3 grávidas (5.6%) responderam que “não” imaginavam o bebé, 6 grávidas (11.1%) “por vezes” imaginam o

bebê e 1 grávida (1.9%) “não sabe” (Anexo 1, Quadro 22). Na nossa amostra, 27 grávidas (50%) sonhavam com o bebê, 18 grávidas (33.3%) não sonhavam com o bebê e 8 grávidas (14.8%) sonhavam com o bebê apenas algumas vezes (Anexo 1, Quadro 23). Na variável “como você imagina o bebê”, as respostas obtidas foram: “lindo e tranquilo”; “perfeito”; “um menino parecido com a mãe”; “gordo branquinho lábios grossos parecido com a mãe”; “simpática”, “feliz”, “saudável”; “estou preocupada com a saúde”; “boa”, “saudável”, “tranquila”; “com saúde e bonito”; “cabelos encaracolados”, “olhos castanhos”, “algo em comum com a gente”; “uma doce menina”; “menino”; “branquinha”, “olhos do pai verdes”; “uma gracinha”; “saudável”; “pela ecografia é a cara do pai”; “com saúde e bonito”; “saudável e feliz”; “lindo”, “gordinho”, “cabelos cacheados”, “loira como a família”; “parecido comigo”; “uma mistura do pai com a mãe”; “imagino igual ao primeiro filho”; “uma linda criança”.

Na variável “sonha com o seu bebê”, obtivemos os seguintes resultados: 27 grávidas (50%) sonhavam com o bebê, 18 grávidas (33.3%) não sonhavam com o bebê e 8 grávidas (14.8%) sonhavam com o bebê apenas algumas vezes (Anexo 1, Quadro 23). Na variável “há fantasias ou sentimentos seus e do seu companheiro em relação ao bebê”, 36 grávidas (66.7%) responderam que sim e 17 grávidas (31.5%) responderam que não (Anexo 1, Quadro 24). Na variável “costuma falar para a barriga”, 34 grávidas (63%) falavam para a barriga, 7 grávidas (13%) não falavam para a barriga, 9 grávidas (16.7%) raramente falavam com a barriga e 3 grávidas (5.6%) às vezes falavam com a barriga (Anexo 1, Quadro 25). Na variável “pensamento negativo em relação à gestação”, 19 grávidas (35.2%) responderam sim (há pensamentos negativos com relação à gravidez) e 34 grávidas (63%) responderam que não há pensamentos negativos com relação à gravidez (Anexo 1, Quadro 26). Na totalidade, as 53 grávidas (100%)

responderam que já percebiam alguma modificação no seu corpo. As mudanças mais relatadas são no peito e na barriga (Anexo 1, Quadro 27).

Na variável “interferência por parte de algum familiar”, 7 grávidas (13%) responderam que há alguma interferência por parte de algum familiar e 46 grávidas (85.2%) responderam que não há nenhuma interferência por parte de algum familiar (Anexo 1, Quadro 28).

Nas variáveis “pensa nas mudanças que vão ocorrer na vida conjugal com a chegada do bebê” e “pensa nas mudanças que vão ocorrer na vida em geral com a chegada do bebê” os resultados obtidos são: 39 grávidas (72.2%) responderam que sim (i. e., pensam nas mudanças na vida em geral), 10 grávidas (18.5%) responderam que não (i. e., não pensavam nas mudanças na vida em geral) e 4 grávidas (7.4%) responderam que, por vezes, pensavam nas mudanças na vida em geral (Anexo 1, Quadro 30), 43 grávidas (79.6%) responderam que sim (i. e., pensavam nas mudanças na vida conjugal), 5 grávidas (9.3%) responderam não (i. e., não pensavam nas mudanças na vida conjugal) e 5 grávidas (9.3%) responderam que, por vezes, pensavam nas mudanças na vida conjugal (Anexo 1, Quadro 29).

Na variável “tem outros filhos, como é que eles estão a lidar com a expectativa de nascimento do novo bebê”, os resultados obtidos são: 38 grávidas (70.4%) não têm filhos, 12 grávidas (22.2%) responderam que os filhos aceitaram bem e 3 grávidas (5.6%) responderam que os filhos tinham ciúmes do bebê que ia nascer. As respostas mais frequentes são: “está a gostar, beija a minha barriga”, “aceitaram bem”, “põe a mão na barriga, fala com o bebê, mas acho que vai ter ciúmes, o outro filho não demonstra ciúmes, mas teve ciúmes da outra gravidez, nessa ele ta mais tranquilo”, “muito bem, está a adorar a parte de ser o mano mais velho”, “super bem, está muito feliz”, “a menina ficou mais feliz, o rapaz normal”, “está reagindo melhor que esperávamos, mas já ignorou, odiou, e agora está incluindo o irmão em tudo, nas brincadeiras,

presentes e histórias”, “ainda tem dois anos, acho que não se apercebe bem do que vai acontecer, apesar de explicarmos-lhe o acontecimento”, “tranquilamente”, “estão aceitando bem”, “está com ciúmes”, “estamos trabalhando para que ela também faça parte da gravidez, dizendo para ela que o bebé também é dela. Com isso ela mexe na minha barriga à hora que deseja. Só interfiro quando o local não é apropriado, como levantar minha blusa dentro da igreja para beijar ou conversar com a irmazinha”, “tentamos incluí-lo na gravidez, colocar a mão na minha barriga, ajudar na decoração do quarto do bebé” Anexo 1, Quadro 31.

V. 3 - Resultados das Variáveis Psicológicas

A primeira das escalas do D.M.I., genericamente designada por TAO (Turning Against Object), apresenta uma média de 25.45 e um desvio padrão 8.55, sendo que os seus valores oscilam entre um mínimo de 11 e um máximo de 41. Apresentando uma Skewness de 0.16 e uma Kurtose de - 1.15, a variância é de 73.25 e a distribuição desta escala pode ser considerada normal ($p = 1.04$) Anexo 1, Quadros 32, 33 e 34.

A escala PRO (Projection) apresenta uma média de 20.94 e um desvio padrão de 4.91, sendo que os seus valores oscilam entre um mínimo de 13 e um máximo de 30. Apresentando uma Skewness de .31 e uma Kurtose de -.70. Com uma variância de 24.17, a distribuição da escala PRO pode ser considerada normal ($p = .67$) Anexo 1, Quadros 32, 33 e 35.

Na distribuição da escala PRN (Principalization), a média é de 21.92 e o desvio padrão é de 4.43 e os seus valores oscilam entre um mínimo de 12 e um máximo de 29. Apresentando uma Skewness de -.23, uma Kurtose de -.93 e uma variância de 19.64, a distribuição da escala PRN pode ser considerada normal ($p = 1.17$) Anexo 1, Quadros 32, 33 e 36.

Na distribuição da escala TAS (Turning Against Self), a média é de 22.07 e o desvio padrão é de 6, sendo que os seus valores oscilam entre um mínimo de 12 e um máximo de 32. Apresentando uma Skewness de 0.18, uma Kurtose de -1.05 e uma variância de 36, a distribuição da escala TAS pode ser considerada normal ($p = .92$) Anexo 1, Quadros 32, 33 e 37.

Na distribuição da escala REV (Reversal), a média é de 26.73 e o desvio padrão é de 7.58, ocorrendo que os seus valores oscilam entre um mínimo de 15 e um máximo de 44. Apresentando uma Skewness de 0.52, uma Kurtose de $-.17$ e uma variância de 57.35, a distribuição da escala REV pode ser considerada normal ($p = 1.13$) Anexo 1, Quadros 32, 33 e 38.

A Escala de Vinculação Pré-Natal apresenta os seguintes resultados: a média é de 78.46 e o desvio padrão é de 6.92, enquanto os seus valores oscilam entre um mínimo de 67 e um máximo de 95. Esta escala apresenta uma Skewness de .170 e uma Kurtose de $-.056$. Os resultados encontrados na sub-escala Qualidade da Relação de Vinculação consistem numa média de 32.61 e um desvio padrão de 4.07, sendo que os seus valores oscilam entre um mínimo de 24 e um máximo de 40. Além de apresentar uma Skewness de $-.259$ e uma Kurtose de $-.447$, temos uma variância de 16.54. Os resultados encontrados na sub-escala de Intensidade da Preocupação ou Tempo Despendido no Modo de Vinculação incluem uma média de 14.42 e um desvio padrão de 0.79, enquanto os seus valores oscilam entre um mínimo de 12 e um máximo de 15. Apresentando uma Skewness de -1.17 e uma Kurtose de 0.46 Anexo 1, Quadros 39 a 42.

Para testar as qualidades métricas das escalas utilizadas, recorreu-se à análise da consistência interna através dos valores do alfa de Cronbach. Averiguaram-se os valores de alfa de Cronbach, que mede a variância devido à heterogeneidade dos itens, para cada uma das escalas do DMI e para a Escala de Vinculação Pré-Natal bem como para as sub-escalas da Qualidade da Relação de Vinculação e do Tempo Despendido no Modo de Vinculação. Os

valores do alfa de Cronbach encontrados para as escalas do DMI são TAO = .882, PRO = .790, PRN = .805, TAS = .802 e REV = .890, enquanto para a Escala de Vinculação Pré-natal temos .754, para a sub-escala Qualidade da Relação de Vinculação o valor é de .798 e no caso da sub-escala Tempo Despendido na Modo de Vinculação surge o valor de .439 Anexo 1, Quadros 44 a 93.

Foram analisadas as correlações entre as Variáveis Dependentes e as Variáveis Independentes e obtivemos os seguintes resultados: Correlação significativa entre a escala de Vinculação total e a Qualidade da relação de vinculação ($r = .738$, $p = 0.01$), esta correlação era esperada. Correlação significativa negativa entre as escalas de Vinculação total e o PRO ($r = -.366$, $p = 0.01$), esta correlação confirma parcialmente a hipótese. Correlação significativa negativa entre as escalas PRO E PRN ($p = -.396$, $r = 0.01$) esta correlação era esperada. Correlação significativa negativa entre as escalas Qualidade da relação de vinculação e PRN ($r = -.231$, $p = 0.05$), ocorreu uma infirmação parcial da hipótese. Correlação significativa entre as escalas de Tempo despendido no modo de vinculação e TAS ($r = -.259$, $p = 0.05$) este resultado não era esperado. Correlação significativa negativa entre as escalas TAO e TAS ($p = -.522$, $r = 0.01$) este resultado era esperado. Correlação significativa negativa entre as escalas TAO E REV ($p = -.686$, $r = 0.01$) este resultado era esperado. Correlação significativa negativa entre as escalas PRO e REV ($p = -.265$, $r = 0.05$) este resultado era esperado. Correlação significativa negativa entre as escalas PRN e REV ($p = -.252$, $r = 0.05$) este resultado não era esperado Anexo 1, Quadro 94.

V. 4 - Testagem da Hipótese

De forma a testar a nossa hipótese, proedemos à operacionalização da variável independente “idealização” dividindo a amostra entre os sujeitos que não apresentavam sinal de manifestação deste mecanismo de defesa e os sujeitos que apresentavam sinal da sua presença. De acordo com investigações anteriores (Justo, 1990), foram considerados sinais da presença do perfil de idealização os valores situados abaixo da diferença entre a média e um desvio padrão nas escalas TAO e PRO e os valores acima da soma da média mais um desvio padrão nas escalas PRN e REV.

Os dados estatísticos para sujeitos sem sinal são: a) EVPN- $M = 39.22$, $DP = 8.23$, Skewness = -0.1 , Kurtose = $-.31$, b) QRV- $M = 12.22$, $DP = 2.35$, Skewness = $-.949$, Kurtose = $.054$ e c) TDMV- $M = 14.35$, $DP = .77$, Skewness = $.72$, Kurtose = $-.90$. Os dados estatísticos para os sujeitos com sinal são: a) EVPN- $M = 41.27$, $DP = 5.40$, Skewness = $-.46$, Kurtose = $-.021$, b) QRV- $M = 11.13$, $DP = 2.1$, Skewness de -1.29 , Kurtose = $-.81$ e c) TDMV- $M = 14.50$, $DP = .82$, Skewness = 1.60 , Kurtose = 1.90 . Para comparar as médias dos grupos de sujeitos com e sem sinal, foram três análises de variância, não tendo sido encontrada nenhuma diferença significativa (EVPNM, $F = 1.195$, $p = .280$; QRM, $F = 2.221$, $p = .142$; TDMV, $F = .470$, $p = .496$), tal como se pode confirmar no Anexo 1, Quadros 95 a 97.

Ainda, numa tentativa de testar a nossa hipótese, realizámos uma análise das correlações existentes entre as variáveis dos mecanismos de defesa e as variáveis da vinculação pré-natal. De acordo com a hipótese inicial, era esperado que as escalas TAO, e PRO do DMI apresentassem correlações negativas com as escalas da vinculação pré-natal, enquanto entre as esclases PRN e REV esperávamos obter correlações positivas. Estas correlações podem ser observadas no Anexo 1, Quadro 94.

Encontrámos uma correlação entre a Escala de Vinculação Pré-Natal e a Qualidade da Relação Materna, o que confirma que quanto maior for a vinculação, maior vai ser a qualidade da relação da mãe com o feto, podendo indicar uma relação afectuosa com o bebé quando este nascer, o que vem de encontro com as palavras de Bonomi (2002) Com relação ao vínculo mãe-bebé, expressa uma opinião concordante ao realçar a existência de relações materno-fetais afectivamente positivas ou negativas. Caracteriza a primeira como sólida, segura, que protege o futuro ser de vários modos, nomeadamente quanto aos estados emocionais da mãe, prevendo-se que o feto que vivencia essa ligação venha a ser uma criança confiante e extrovertida (Dias & Sá, 2003).

Entre a Escala de Vinculação Pré-Natal e a escala TAO, observou-se uma correlação negativa e significativa; quanto mais a mãe se vincula ao feto menor é a projecção face a ele. Este resultado pode ser considerado como uma confirmação parcial da hipótese.

Ocorreu uma infirmação parcial da hipótese relacionada com a correlação entre a Qualidade da Relação de Vinculação Materna e a escala PRN que, ao contrário do esperado, é uma correlação negativa e significativa; quanto mais a mãe se dedica ao feto menos ela está intelectualizando a relação com ele.

Ocorreu, também, uma correlação positiva e significativa entre o Tempo Despendido no Modo de Vinculação e a escala TAS; o que indica que, enquanto a mãe está investindo o seu tempo pensando no bebé, ocorre uma manifestação de agressividade virada para dentro. O que aparentemente seria positivo para a futura mãe, ou seja pensar no bebé, apresentou-se como algo negativo.

VI - Discussão dos Resultados

Face aos resultados encontrados, vamos procurar responder à hipótese previamente delineada no estudo. Assim, dentro das contingências metodológicas, orientamos a nossa discussão para o estudo da correlação entre as variáveis: vinculação materno-fetal e idealização. Desta forma, vamos elaborar uma síntese que destaque os resultados encontrados.

A confirmação parcial da hipótese pode ter ocorrido em razão do pequeno número de sujeitos conseguido para a amostra. O número reduzido de grávidas deve-se à dificuldade de contactos e à complexidade na obtenção das necessárias autorizações para contactos nos Centros de Saúde de Lisboa. Outro factor que pode ter influenciado nos resultados é que, muitos dos questionários entregues não foram devolvidos. Isso leva-nos a reflectir que as pessoas que se prontificaram a responder aos questionários se enquadram num determinado tipo de personalidade. São pessoas mais solícitas e preocupadas com o outro.

Para além disso, outro factor que pode ter sido determinante dos resultados, é que alguns questionários foram entregues para serem respondidos no segundo semestre de gravidez, levados para casa e devolvidos muito tempo depois, o que não garante terem sido respondidos dentro do período desejado, o que prejudicou a análise dos dados.

Outra possibilidade é o limite de utilidade e validade existente nos testes. O teste psicológico é fundamentalmente uma mensuração objectiva e padronizada de uma amostra de comportamento. Uma verificação ou projecção futura dos potenciais do sujeito. Segundo Baquero (1983) “O questionário tem o inconveniente de que o indivíduo pode manifestar nas respostas não o que ele é, mas o que ele pensa que é. E às vezes, as respostas podem ser falseadas”. Talvez fosse necessária a utilização de outro teste projectivo para averiguar a manifestação da idealização que é um mecanismo de defesa bem subjectivo.

Podemos levantar outra questão, a hipótese não ter fundamentação suficiente do ponto de vista teórico. O que nos leva a pensar numa reformulação da mesma. E que nos proporciona o incentivo de continuar e perceber as nossas falhas e aprender com os nossos erros. Abrindo a possibilidade de continuarmos a estudar e ampliar os nossos conhecimentos sobre o tema abordado.

VII - Conclusão

Considerando o objectivo geral do presente estudo, os resultados obtidos permitiram um melhor conhecimento referente à mulher grávida. Demonstrou-se a importância de estudar a relação de vinculação existente entre a mãe e o seu feto, pois é dela que derivam todas as outras relações que vão ser decisivas ao longo da vida do indivíduo. É indiscutível, também que, entre mãe e filho se estabelece uma relação, seja de que ordem for, tendo na gravidez um período decisivo onde se inicia uma relação infinita e insubstituível entre os dois. Sendo dessa primeira relação o surgimento de todas as vinculações que o indivíduo vai estabelecer ao longo da sua vida.

A respeito da vinculação, o presente trabalho confirmou: quanto maior for a ligação mãe-feto, maior será a qualidade dessa relação, o que pode ser indicador de uma boa vinculação da mãe com o filho quando este nascer. O que é confirmado através do trabalho de Siddiqui e Hagglof (2000), onde se sugere que o nível de envolvimento pré-natal pode ser preditivo da qualidade do envolvimento depois do nascimento: as mães que reportaram maior afeição e que fantasiaram mais com o bebé durante a gravidez evidenciaram maior envolvimento durante a interacção, em particular ao estimularem as capacidades do bebé, aos 12 meses pós-parto (In Gomes e Leal, 2007).

A importância deste trabalho está em entender um pouco mais as dinâmicas inconscientes pelas quais a mulher passa ao longo da gravidez, o que pode ajudar na área da prevenção, através do acompanhamento da grávida, explorando a sua vivência particular com o seu filho ainda por nascer; promovendo a sua auto estima; informando-a a cerca da maternidade; valorizando a confiança da mulher no desenvolvimento da sua competência para ser mãe, ajudando-a na ligação com o seu feto, pois isso faz parte do processo do desenvolvimento da vinculação ao longo da vida do indivíduo.

Outro factor importante é que, a vinculação, tanto materna quanto paterna, é uma experiência que envolve ajustamentos emocionais progressivos que parecem ser primordiais do ponto de vista adaptativo, permitindo-nos uma melhor compreensão das variáveis que se associam ao menor ou maior nível de vinculação dos progenitores. Os factores que podem inibi-la ou promovê-la têm o potencial de orientar as intervenções com efeitos positivos de longo prazo. Sendo o papel dos psicólogos estarem atentos a esses factores.

Enquanto psicólogos e estudiosos do ser humano, indivíduo inserido dentro de uma sociedade e dentro de um contexto familiar, é nossa atribuição enquanto pesquisadores continuar a nossa busca pela maravilha que é o ser humano. E sabendo acolher e entender os momentos de magia, de pesadelos e de angústias, de aventuras, desencontros, e silêncios pelos quais todos nós, enquanto pessoa que somos, vivenciamos.

Bibliografia

- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments Beyond Infancy. University of Virginia. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Ambertin, M. G. (2003). A Questão do sujeito e as identificações. *Revista de Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio* 3.55-73.
- Andrade, M. A. G. (2002). Tornar-se Pai, Tornar-se Mãe: o Processo de Parentificação. In Corrêa, L. F., Corrêa, G. M. E. & França, P. S. (Eds.), *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: Saúde Perinatal, Educação e Desenvolvimento do Bebê*. (pp. 167-187). Brasília: DF: L.G.E. Editora.
- Baquero, G. (1983). *Testes Psicométricos e Projetivos. Medidas psico-educacionais*. São Paulo: Edições Loyola.
- Campos, R. (2000). Processo gravídico, parto e prematuridade: Uma discussão teórica do ponto de vista do psicólogo. *Análise Psicológica*, 1, (XVIII): 15-35.
- Canavarro, M. C. S. (1999). *Relações Afetivas e Saúde Mental*. Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C. S. (2001). Gravidez e Maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. In *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Quarteto Editora.
- Chodorow, N. (2002). *Psicanálise da Maternidade. Uma crítica a Freud a partir da mulher*. Rio de Janeiro. Editora Rosa dos Tempos.
- Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183
- Cramer, P. (1998). Coping and Defense Mechanism: What's the difference? *Journal of Personalit*, 66:6. 919-946.

- Cuschnir, L. (1995). *Masculino, como ele se vê. Feminino, como o homem vê a mulher*. São Paulo: Saraiva.
- Dias, M. C. & Sá, E. (2003). *A vida emocional do feto. A maternidade e o bebê*. 2ª edição. Editora Fim de Século.
- Dietrich, G. (1970). *Vocabulário Fundamental de Psicologia*. Editora Lexi.
- Doron, Roland & PAROT, Françoise (2001) *Dicionário de Psicologia*. Lisboa. Climepsi Editora.
- Figueiredo, B., Pacheco, A. P. & Costa, R. A. (2003). Estilo de vinculação, Qualidade da relação com figuras significativas e da aliança terapêutica e sintomatologia psicopatológica: Estudo exploratório com mães adolescentes. *International Journal of Clinical Health Psychology*. 3, 35-59.
- Freud, Anna (2006). *O ego e os mecanismos de defesa*. Porto Alegre: Artmed.
- Freud, S. (1953). *A Case of Hysteria. Three Essays on Sexuality and Other Works. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. VI, London. The Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis.
- Freud, S. (1953). *Index and Bibliographies. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, XXIV. London. The Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis.
- Gau, M.L. & Lee, T.Y. (2003). Construct validity of the prenatal attachment inventory: a Confirmatory factor analysis approach. *Journal of Nursing Research*. 11, 3, 177-186.
- Gleser, G. C. & Iheilevich, D. (1969). An Objective instrument for measuring defense Mechanisms. *Journal of consulting and clinical psychology*. 33, n. 1, 51-60.
- Gleser, G. C. & Iheilevich, D. (1986). *Defense Mechanisms. Their classification, correlates and measurement with the Defense Mechanisms Inventory*. DMI. Associates. Owosso.

- Gomes, P.J.C. (1985). *A relação mãe-filho; influência do contacto precoce no comportamento da díade*. Lisboa: Imprensa Nacional casa da Moeda.
- Gomes, R. & Leal, I. (2007). Vinculação Parental Durante a Gravidez: Versão Portuguesa da Forma Materna e Paterna da Antenatal Emotional Attachment Scale. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (2), 153-165.
- Guedeney, A. (2004). A Teoria da Vinculação: A História e as Personagens. In Vinculação, Conceito e aplicação. Guedeney, A. & Guedeney, N. *Manuais Universitários*. Lisboa.Climepsi Editores.
- Guedeney, N. (2004). Conceitos-chave da Teoria da Vinculação. In Vinculação, Conceito e aplicação. Guedeney, A. & Guedeney, N. *Manuais Universitários*. Lisboa.Climepsi Editores.
- Guedeney, A. (2004). Vinculação e Psicanálise. In Vinculação, Conceito e aplicação. Guedeney, A. & Guedeney, N. *Manuais Universitários*. Lisboa.Climepsi Editores.
- Hann, Norma (1965). Coping and Defense mechanisms related to personality inventories. *Journal of Consultine Psychology*. 29, 373-378.
- Jongenelen, I., Soares, I., Grossman, K. & Martins, C. (2006). Vinculação em mães adolescentes e seus bebés. *Psicologia*. XX, 1, 11-36.
- Justo, J. (1989). Teste D.M.I. “Defense Mechanisms Inventory”. Versão feminina portuguesa. Primeiros resultados de normalização. *Psicologia Clínica*. 47-56.
- Justo, J. (1994). *Evolução da ansiedade e dos mecanismos de defesa ao longo da gravidez*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica. Universidade de Lisboa.
- Justo, J. (1990). Gravidez e mecanismos de defesa: um estudo introdutório. *Análise Psicológica*, 4, 371-376.

- Justo, J., Nicolau, H. & Dias O. (1999). Evolução Psicológica ao longo da gravidez e puerpério: um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1, 115-129.
- Justo, J. (2002) The psychological interpretation of clinical pathology in pregnancy: a continuity hypothesis, *Revista portuguesa de Psicossomática*, 4 nº 1, 109-130.
- Klein. M. (1982). Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê. *Os progressos da Psicanálise*. Rio de Janeiro. Editora Guanabara.
- Klein. M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis*, 27, 99-110.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário da Psicanálise*. Martins Fontes.
- Leal, I. (2001). O Feminino e o Materno. In *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Quarteto Editora.
- Lopes, J.C. S. (2003). *Luto e gravidez. A maternidade e o bebê*. Editora Fim de Século.
- Maldonado, M. T.(1997). *Psicologia da gravidez*. São Paulo. Editora Saraiva.
- Maldonado, M. T., Dicksten, J. & Nahoum, J. C.(2002). *Nós estamos grávidos*. São Paulo. Editora Saraiva.
- Meireles, A. & Costa, M. E. (2005). A experiência da gravidez: o corpo gravídico, a relação com a mãe, a percepção de mudança e a relação com o bebê. *Psicologia XVII*, 2, 75-98. Edição Colibri.
- Mendes, I. M. (2002). *Ligação Materno-Fetal. Contributo para o Estudo de Factores Associados ao seu Desenvolvimento*. Coimbra.Quarteto Editora.
- Mijolla, A. & Mellor, S. M. (2002). *Psicanálise*. Climepsi. Lisboa.
- Moreira, M. I. C. (1997). *Gravidez e Identidade do Casal*. Rio de Janeiro. Editora Rosa dos Tempos.

- Muller, E. M. & Mercer, R. T. (1993). Development of the Prenatal Attachment Inventory. *Western Journal of Nursing Research*. 15(2), 199-215.
- Núcleo de estudos de Profissões, Direção de Serviço de Emprego, Secretaria do estado do Emprego, Ministério do trabalho (2001). *Classificação Nacional das Profissões: revisão 1994*. Lisboa.
- Paccinini, C.A. & Gomes, A. G. (2005). A ultra-sonografia obstétrica e a relação materno-fetal em situações de normalidade e anormalidade fetal. *Estudos de psicologia* 22, 4. Campinas.
- Parker, J. D. A. & Endler, N. S. (1996). Coping and Defense: A Historical Overview. *Handbook of Coping: theory, reaserch, application*. 3-23.
- Pinheiro, T. (2000). Sublimação e Idealização e a pós-modernidade. São Paulo. *Estados Gerais da Psicanálise de São Paulo*.
- Rabouam, C. & Moralés, M. H. (2004). Cuidados Parentais e Vinculação. In Vinculação, Conceito e aplicação. Guedeney, A. & Guedeney, N. *Manuais Universitários*. Climepsi Editores. Lisboa.
- Raphael-Leff, J. (1985). Facilitators and regulators: Vulnerability to postnatal disturbance. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 4, 151-168.
- Raphael-Leff, J. (1980). Psychotherapy with pregnant woman. *Psychological aspects of pregnancy, birth and bonding*. New York: Human Science Press, 174-205.
- Rahim, M.A.A. (2001). Teoria das Posições. Rio de Janeiro. Rosa dos Tempos.
- Rato, P. I. (1998). Ansiedades perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal. *Análise Psicológica* (1998), 3 (XVI): 405-413.

- Ribeiro, J. L. P., Garret, C. & Martins, T. (2003). Estudo de Validação da Sobrecarga para Cuidadores Informais. *Psicologia, Saúde e Doença*. IV, 1, 131-148. Lisboa, Portugal. *Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*.
- Ribeiro, J. L. P. (2009). Coping: estratégias para redução do stress. *Executive Health and Wellness*, 1 (9), 28-29.
- Ribeiro, M. T. (2002). Família e trabalho – uma perspectiva psicológica da redefinição dos papéis femininos e masculinos. *Sociedade e trabalho* 22, 46 a 63.
- Righetti, P. L., Avanzo, M., Grigio, M. & Nicolini, U. (2005). Maternal/paternal antenatal attachment and fourth-dimensional ultrasound technique: A preliminary report. *British Journal of Psychology* (2005), 96, 129 –137.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1997). *Dicionário de Psicanálise*. Editorial Inquérito.
- Rodrigues, L. P. F. (1997). *Dar à Luz...renascer. Gravidez e Parto*. São Paulo. Ágora.
- Rodrigues, T. B. (2008). Mecanismos de defesa no grupo. Vínculo – *Revista do NESME*, 2, 5, 101-219.
- Rubinstein, S. L. (1973). *Princípios de Psicologia Geral*. A memória, A imaginação, O Pensamento. Editorial Estampa.
- Sá E. & Biscaia, J. (2003). A gravidez no pensamento das mães. Contributo para a avaliação da gravidez através do desenho. *A maternidade e o bebê*. 2ª edição. Editora Fim de Século.
- Sá, E. (2000). *Psicologia dos Pais e do Brincar*. Lisboa. Editora Fim do Século.
- Silva, J. D. T., Muller, M. C. & Bonamigo, R., R. (2006). Estratégias de coping e níveis de estresse em pacientes portadores de psoríase. Rio de Janeiro. *Anais Brasileiros de Dermatologi*. 81, 2.

- Soares, I. (2006). Vinculação e cuidados maternos: segurança, protecção e desenvolvimento da regulação emocional no contexto da relação mãe-bebé. (In) *Psicologia da Gravidez*. Editora Quarteto.
- Souza, N. L., Araújo, A. C. P. F., Azevedo, G. D., Jerônimo, S. M. B., Barbosa L. M. & Sousa, N. M. L. (2007). Percepção materna com o nascimento prematuro e vivência da gravidez com pré eclampsia. *Revista Saúde pública*. 41(5): 704-10.
- Spitzer, A., Stratton, C. W. & Hollinsworth, T. (1991). Coping with conduct-problem Children: parents gaining knowledge and control. *Journal of Clinical Child Psychology*. V.20. n.4, 413-427.
- Tachibana, M., Marchetti, C. A., Santos, L. P. & Lopes, M. H. (2006). Hipermese Gravídica: Estudo de casos dos aspectos psicológicos presentes na gestante. São Paulo. *Psicologia Hospitalar*. 4, 2.
- Vaillant, G.E. (1992). *Ego mechanisms of defense. A guide for clinicians and researches*. American Psychiatric Press Inc.
- Vaillant, G.E. (1993). *The wisdom of the Ego*. Harvard.

<http://www.geocities.com/hotsprings/villa/3170/TeresaPinheiro.htm>

ANEXO I

Quadro 1 – Dados estatísticos

				Estatuto	Estatuto	Idade do	Escolaridade	
	Idade	Escolaridade	profissão	ocupacional	conjugal	companheiro	do	Profissão do
							companheiro	companheiro
N Valid	53	53	53	53	53	53	53	53
Missing	1	1	1	1	1	1	1	1
Mean	28,8302	14,4717	4,0755	1,1509	3,2075	32,4906	14,3019	4,8679
Median	29,0000	17,0000	2,0000	1,0000	1,0000	33,0000	17,0000	2,0000
Std. Deviation	4,22782	3,32012	3,36754	,36142	2,46013	4,07442	3,86595	3,43084
Variance	17,874	11,023	11,340	,131	6,052	16,601	14,946	11,771
Skewness	-,088	-,590	,705	2,007	,218	,116	-,803	,366
Std. Error of Skewness	,327	,327	,327	,327	,327	,327	,327	,327
Kurtosis	-,228	-,648	-1,305	2,108	-2,005	,658	-,074	-1,887
Std. Error of Kurtosis	,644	,644	,644	,644	,644	,644	,644	,644
Minimum	20,00	6,00	,00	1,00	1,00	21,00	4,00	1,00
Maximum	38,00	20,00	9,00	2,00	6,00	42,00	20,00	9,00
		Anos de relaciona mento	Filhos do casal	Filhos fora do casamento	Filhos que moram com o casal	Número de gravidez	Idade da mulher	
N Valid	53		53	53	53	53	53	
Missing	1		1	1	1	1	1	
Mean	5,8868		,1509	,1509	,2642	1,3962	27,7170	
Median	4,0000		,0000	,0000	,0000	1,0000	28,0000	
Std. Deviation	4,18174		,36142	,49599	,59326	,63062	4,47376	
Variance	17,487		,131	,246	,352	,398	20,015	

	Skewness	1,503	2,007	4,263	2,730	1,364	,098
	Std. Error of Skewness	,327	,327	,327	,327	,327	,327
	Kurtosis	1,829	2,108	21,252	8,657	,787	-,534
	Std. Error of Kurtosis	,644	,644	,644	,644	,644	,644
	Minimum	1,00	,00	,00	,00	1,00	20,00
	Maximum	20,00	1,00	3,00	3,00	3,00	38,00
		EVPNM		QRM		TDR	
N	Valid	53		53		53	
	Missing	1		1		1	
	Mean	40,3774		18,8302		14,4340	
	Median	42,0000		20,0000		15,0000	
	Std. Deviation	6,77730		3,77612		,79686	
	Variance	45,932		14,259		,635	
	Skewness	-,379		-,631		-1,197	
	Std. Error of Skewness	,327		,327		,327	
	Kurtosis	,112		-,524		,482	
	Std. Error of Kurtosis	,644		,644		,644	
	Minimum	27,00		12,00		12,00	
	Maximum	55,00		25,00		15,00	

Quadro 2 – Distribuição da variável idade na amostra de grávidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20,00	3	5,6	5,7	5,7
	22,00	1	1,9	1,9	7,5
	23,00	2	3,7	3,8	11,3
	25,00	3	5,6	5,7	17,0
	26,00	9	16,7	17,0	34,0
	27,00	2	3,7	3,8	37,7
	28,00	4	7,4	7,5	45,3
	29,00	7	13,0	13,2	58,5
	30,00	2	3,7	3,8	62,3
	31,00	5	9,3	9,4	71,7
	32,00	7	13,0	13,2	84,9
	33,00	1	1,9	1,9	86,8
	34,00	1	1,9	1,9	88,7
	35,00	2	3,7	3,8	92,5
	36,00	3	5,6	5,7	98,1
	38,00	1	1,9	1,9	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 3 – Distribuição da variável escolaridade na amostra de grávidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6,00	1	1,9	1,9	1,9
	8,00	2	3,7	3,8	5,7
	9,00	1	1,9	1,9	7,5
	10,00	3	5,6	5,7	13,2
	11,00	2	3,7	3,8	17,0
	12,00	11	20,4	20,8	37,7
	13,00	2	3,7	3,8	41,5
	14,00	2	3,7	3,8	45,3
	15,00	1	1,9	1,9	47,2
	17,00	25	46,3	47,2	94,3
	19,00	2	3,7	3,8	98,1
	20,00	1	1,9	1,9	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 4 – Distribuição da variável profissão na amostra de grávidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Doméstica	4	7,4	7,5	7,5
	Grupo 1	2	3,7	3,8	11,3
	Grupo 2	26	48,1	49,1	60,4
	Grupo 3	3	5,6	5,7	66,0
	Grupo 4	1	1,9	1,9	67,9
	Grupo 5	1	1,9	1,9	69,8
	Grupo 9	16	29,6	30,2	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 5 – Distribuição da variável estatuto laboral na amostra de grávidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Empregada	45	83,3	84,9	84,9
	Desempregada	8	14,8	15,1	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 6 – Distribuição da variável estatuto conjugal na amostra de grávidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Casada	29	53,7	54,7	54,7
	Solteira	3	5,6	5,7	60,4
	União de facto	21	38,9	39,6	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 7 – Distribuição da variável idade do companheiro na amostra de grávidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	21,00	1	1,9	1,9	1,9
	25,00	1	1,9	1,9	3,8
	27,00	1	1,9	1,9	5,7
	28,00	3	5,6	5,7	11,3
	29,00	7	13,0	13,2	24,5
	30,00	7	13,0	13,2	37,7
	31,00	1	1,9	1,9	39,6
	32,00	3	5,6	5,7	45,3
	33,00	11	20,4	20,8	66,0
	34,00	4	7,4	7,5	73,6
	35,00	4	7,4	7,5	81,1
	36,00	2	3,7	3,8	84,9
	37,00	1	1,9	1,9	86,8
	38,00	3	5,6	5,7	92,5
	39,00	1	1,9	1,9	94,3
	40,00	1	1,9	1,9	96,2
	42,00	2	3,7	3,8	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 8 – Distribuição da variável escolaridade do companheiro na amostra de grávidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4,00	1	1,9	1,9	1,9
	5,00	1	1,9	1,9	3,8
	7,00	1	1,9	1,9	5,7
	8,00	3	5,6	5,7	11,3
	9,00	1	1,9	1,9	13,2
	11,00	1	1,9	1,9	15,1
	12,00	15	27,8	28,3	43,4
	15,00	1	1,9	1,9	45,3
	16,00	1	1,9	1,9	47,2
	17,00	23	42,6	43,4	90,6
	18,00	1	1,9	1,9	92,5
	19,00	2	3,7	3,8	96,2
	20,00	2	3,7	3,8	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 9 – Distribuição da variável profissão do companheiro na amostra de grávida

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	grupo 1	1	1,9	1,9	1,9
	grupo2	29	53,7	54,7	56,6
	grupo 5	2	3,7	3,8	60,4
	grupo 9	21	38,9	39,6	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 10 – Distribuição da variável estatuto laboral do companheiro na amostra de grávidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Empregado	53	98,1	98,1	98,1
	Missing	1	1,9	1,9	1,9
	Total	54	100,0	100,0	

Quadro 11 – Distribuição da variável estatuto conjugal do companheiro na amostra de grávidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Casado	29	55,6	56,6	56,6
	Solteiro	3	5,6	5,7	62,3
	União de facto	21	37,0	37,7	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 12 – Distribuição da variável anos de relacionamento do casal na amostra de grávidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	1	1,9	1,9	1,9
	2,00	7	13,0	13,2	15,1
	3,00	9	16,7	17,0	32,1
	4,00	11	20,4	20,8	52,8
	5,00	5	9,3	9,4	62,3
	6,00	6	11,1	11,3	73,6
	7,00	2	3,7	3,8	77,4
	8,00	1	1,9	1,9	79,2
	10,00	4	7,4	7,5	86,8
	12,00	1	1,9	1,9	88,7
	13,00	2	3,7	3,8	92,5
	15,00	3	5,6	5,7	98,1
	20,00	1	1,9	1,9	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 13 – Distribuição da variável número de gravidez na amostra de grávidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Primeira	36	66,7	67,9	67,9
	Segunda	13	24,1	24,5	92,5
	Terceira	4	7,4	7,5	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 14 – Distribuição da variável número de semanas da actual gravidez na amostra de grávidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	9,00	2	3,7	3,8	3,8
	11,00	1	1,9	1,9	5,7
	15,00	4	7,4	7,5	13,2
	16,00	8	14,8	15,1	28,3
	17,00	5	9,3	9,4	37,7
	18,00	3	5,6	5,7	43,4
	19,00	1	1,9	1,9	45,3
	20,00	7	13,0	13,2	58,5
	21,00	1	1,9	1,9	60,4
	22,00	4	7,4	7,5	67,9
	23,00	5	9,3	9,4	77,4
	25,00	3	5,6	5,7	83,0
	26,00	3	5,6	5,7	88,7
	27,00	2	3,7	3,8	92,5
	30,00	1	1,9	1,9	94,3
	33,00	1	1,9	1,9	96,2
	36,00	2	3,7	3,8	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 15 – Distribuição da variável reacção quando soube que estava grávida na amostra de grávidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feliz	22	40,7	41,5	41,5
	Surpresa mais feliz	16	29,6	30,2	71,7
	Estado de choque	3	5,6	5,7	77,4
	Aflita não tava esperando	1	1,9	1,9	79,2
	Planeada	2	3,7	3,8	83,0
	Muito bom	2	3,7	3,8	86,8
	Medo	2	3,7	3,8	90,6
	Bem	1	1,9	1,9	92,5
	Feliz e medo	2	3,7	3,8	96,2
	Tranquila	1	1,9	1,9	98,1
	Maravilhosa	1	1,9	1,9	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 16 – Distribuição da variável como está a decorrer a gravidez na amostra de grávidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sem problemas	14	25,9	26,4	26,4
	Bem	35	64,8	66,0	92,5
	Otima	4	7,4	7,5	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 17- Distribuição da variável frequência dos enjoos na amostra de grávidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sim	37	68,5	69,8	69,8
	não	13	24,1	24,5	94,3
	raros	3	5,6	5,7	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 18 - Distribuição da variável frequência dos vômitos na amostra de grávidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	20	37,0	37,7	37,7
	Não	31	57,4	58,5	96,2
	Raros	2	3,7	3,8	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 19 - Distribuição da variável gravidez planeada na amostra de grávidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	28	51,9	52,8	52,8
	Não	25	46,3	47,2	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 20 – Distribuição da variável gravidez desejada na amostra de grávidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	53	98,1	100,0	100,0
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 21 – Distribuição da variável criança está a ser desejada na amostra de grávidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	53	98,1	100,0	100,0
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 22 – Distribuição da variável a mulher grávida imagina o bebé na amostra de grávidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	43	79,6	81,1	81,1
	Não	3	5,6	5,7	86,8
	As vezes	6	11,1	11,3	98,1
	Não sei	1	1,9	1,9	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 23 – Distribuição da variável a mulher grávida sonha com o bebê na amostra de grávidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	27	50,0	50,9	50,9
	Não	18	33,3	34,0	84,9
	As vezes	8	14,8	15,1	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 24 – Distribuição da variável há fantasias do pai sobre o bebê na amostra de grávidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	36	66,7	67,9	67,9
	Não	17	31,5	32,1	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 25 – Distribuição da variável a mulher grávida fala com a barriga na amostra de grávidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	34	63,0	64,2	64,2
	Não	7	13,0	13,2	77,4
	Raramente	9	16,7	17,0	94,3
	As vezes	3	5,6	5,7	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 26 – Distribuição da variável há algum pensamento negativo a respeito da gravidez na amostra de grávidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	19	35,2	35,8	35,8
	Não	34	63,0	64,2	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 27 – Distribuição da variável a mulher grávida já percebe alguma mudança no corpo na amostra de grávidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	53	98,1	100,0	100,0
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 28 – Distribuição da variável há alguma interferência na gravidez por parte de algum familiar na amostra de grávidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	7	13,0	13,2	13,2
	Não	46	85,2	86,8	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 29 – Distribuição da variável pensas nas mudanças conjugais que vão ocorrer com o nascimento do bebê na amostra de grávidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	39	72,2	73,6	73,6
	Não	10	18,5	18,9	92,5
	As vezes	4	7,4	7,5	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 30 – Distribuição da variável pensa nas mudanças que vão ocorrer na vida em geral com o nascimento do bebê na amostra de grávidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	43	79,6	81,1	81,1
	Não	5	9,3	9,4	90,6
	As vezes	5	9,3	9,4	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 31 – Distribuição da variável reacção dos outros filhos na amostra de grávidas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não tem outros filhos	38	70,4	71,7	71,7
	Aceitaram bem	12	22,2	22,6	94,3
	Apresentam ciúmes	3	5,6	5,7	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 32 – Distribuição da descrição estatística das escalas do DMI

		TAO	PRO	PRN	TAS	REV
N	Valid	53	53	53	53	53
	Missing	1	1	1	1	1
	Mean	25,4528	20,9434	21,9245	22,0755	26,7358
	Median	23,0000	20,0000	21,0000	22,0000	26,0000
	Std. Deviation	8,55877	4,91628	4,43261	5,99952	7,57311
	Variance	73,253	24,170	19,648	35,994	57,352
	Skewness	,164	,317	-,227	,018	,522
	Std. Error of Skewness	,327	,327	,327	,327	,327
	Kurtosis	-1,157	-,693	-,903	-1,049	-,174
	Std. Error of Kurtosis	,644	,644	,644	,644	,644
	Minimum	11,00	13,00	12,00	12,00	15,00
	Maximum	41,00	30,00	29,00	32,00	44,00

Quadro 33 – Distribuição dos dados estatísticos das escalas do DMI

		TAO9	PRO9	PRN9	TAS9	REV9AB
N	Valid	53	53	53	53	53
	Missing	1	1	1	1	1
	Mean	25,4528	20,9434	21,9245	22,0755	26,7358
	Median	23,0000	20,0000	21,0000	22,0000	26,0000
	Std. Deviation	8,55877	4,91628	4,43261	5,99952	7,57311
	Variance	73,253	24,170	19,648	35,994	57,352
	Skewness	,164	,317	-,227	,018	,522
	Std. Error of Skewness	,327	,327	,327	,327	,327
	Kurtosis	-1,157	-,693	-,903	-1,049	-,174
	Std. Error of Kurtosis	,644	,644	,644	,644	,644
	Minimum	11,00	13,00	12,00	12,00	15,00
	Maximum	41,00	30,00	29,00	32,00	44,00

Quadro 34 – Distribuição da escala TAO na amostra de grávidas

		TAO			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	11,00	1	1,9	1,9	1,9
	13,00	2	3,7	3,8	5,7
	14,00	1	1,9	1,9	7,5
	15,00	5	9,3	9,4	17,0
	17,00	3	5,6	5,7	22,6
	18,00	4	7,4	7,5	30,2
	19,00	1	1,9	1,9	32,1
	21,00	5	9,3	9,4	41,5
	23,00	5	9,3	9,4	50,9
	26,00	1	1,9	1,9	52,8
	27,00	1	1,9	1,9	54,7
	28,00	4	7,4	7,5	62,3
	31,00	1	1,9	1,9	64,2
	32,00	6	11,1	11,3	75,5
	33,00	4	7,4	7,5	83,0
	34,00	2	3,7	3,8	86,8
	36,00	2	3,7	3,8	90,6
	39,00	2	3,7	3,8	94,3
	41,00	3	5,6	5,7	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 35 - Distribuição da escala PRO na amostra de grávidas

		PRO			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	13,00	4	7,4	7,5	7,5
	14,00	2	3,7	3,8	11,3
	15,00	2	3,7	3,8	15,1
	16,00	2	3,7	3,8	18,9
	17,00	1	1,9	1,9	20,8
	18,00	2	3,7	3,8	24,5
	19,00	9	16,7	17,0	41,5
	20,00	8	14,8	15,1	56,6
	21,00	6	11,1	11,3	67,9
	23,00	3	5,6	5,7	73,6
	24,00	1	1,9	1,9	75,5
	25,00	1	1,9	1,9	77,4
	26,00	2	3,7	3,8	81,1
	27,00	1	1,9	1,9	83,0
	28,00	2	3,7	3,8	86,8
	29,00	5	9,3	9,4	96,2
	30,00	2	3,7	3,8	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 36 - Distribuição da escala PRN na amostra de grávidas

		PRN			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12,00	1	1,9	1,9	1,9
	13,00	1	1,9	1,9	3,8
	15,00	2	3,7	3,8	7,5
	16,00	1	1,9	1,9	9,4
	17,00	7	13,0	13,2	22,6
	18,00	1	1,9	1,9	24,5
	19,00	3	5,6	5,7	30,2
	20,00	3	5,6	5,7	35,8
	21,00	8	14,8	15,1	50,9
	22,00	2	3,7	3,8	54,7
	23,00	3	5,6	5,7	60,4
	24,00	4	7,4	7,5	67,9
	25,00	1	1,9	1,9	69,8
	26,00	3	5,6	5,7	75,5
	27,00	8	14,8	15,1	90,6
	28,00	4	7,4	7,5	98,1
	29,00	1	1,9	1,9	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 37 - Distribuição da escala TAS na amostra de grávidas

		TAS			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12,00	4	7,4	7,5	7,5
	13,00	2	3,7	3,8	11,3
	15,00	2	3,7	3,8	15,1
	16,00	1	1,9	1,9	17,0
	18,00	12	22,2	22,6	39,6
	20,00	2	3,7	3,8	43,4
	21,00	3	5,6	5,7	49,1
	22,00	3	5,6	5,7	54,7
	23,00	1	1,9	1,9	56,6
	24,00	1	1,9	1,9	58,5
	25,00	7	13,0	13,2	71,7
	26,00	2	3,7	3,8	75,5
	27,00	1	1,9	1,9	77,4
	28,00	1	1,9	1,9	79,2
	30,00	8	14,8	15,1	94,3
	32,00	3	5,6	5,7	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 38 - Distribuição da escala REV na amostra de grávidas

		REV			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15,00	3	5,6	5,7	5,7
	16,00	3	5,6	5,7	11,3
	19,00	4	7,4	7,5	18,9
	20,00	2	3,7	3,8	22,6
	21,00	2	3,7	3,8	26,4
	22,00	3	5,6	5,7	32,1
	24,00	1	1,9	1,9	34,0
	25,00	7	13,0	13,2	47,2
	26,00	5	9,3	9,4	56,6
	27,00	3	5,6	5,7	62,3
	28,00	2	3,7	3,8	66,0
	29,00	2	3,7	3,8	69,8
	30,00	1	1,9	1,9	71,7
	31,00	1	1,9	1,9	73,6
	32,00	1	1,9	1,9	75,5
	33,00	5	9,3	9,4	84,9
	34,00	2	3,7	3,8	88,7
	40,00	3	5,6	5,7	94,3
	42,00	1	1,9	1,9	96,2
	44,00	2	3,7	3,8	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 39 – Distribuição dos dados estatísticos da Escala de Vinculação Materna Pré-Natal

		EVMPN	QRV	TDR
N	Valid	53	53	53
	Missing	1	1	1
	Mean	40,3774	18,8302	14,4340
	Median	42,0000	20,0000	15,0000
	Std. Deviation	6,77730	3,77612	,79686
	Variance	45,932	14,259	,635
	Skewness	-,379	-,631	-1,197
	Std. Error of Skewness	,327	,327	,327
	Kurtosis	,112	-,524	,482
	Std. Error of Kurtosis	,644	,644	,644
	Minimum	27,00	12,00	12,00
	Maximum	55,00	25,00	15,00

Quadro 40 - Distribuição dos dados da Escala de Vinculação Materno Pré-Natal

		EVMPN			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	27,00	5	9,3	9,4	9,4
	31,00	4	7,4	7,5	17,0
	33,00	2	3,7	3,8	20,8
	37,00	2	3,7	3,8	24,5
	38,00	1	1,9	1,9	26,4
	39,00	4	7,4	7,5	34,0
	40,00	4	7,4	7,5	41,5
	41,00	2	3,7	3,8	45,3
	42,00	5	9,3	9,4	54,7
	43,00	9	16,7	17,0	71,7
	44,00	7	13,0	13,2	84,9
	45,00	1	1,9	1,9	86,8
	47,00	1	1,9	1,9	88,7
	48,00	1	1,9	1,9	90,6
	50,00	3	5,6	5,7	96,2
	55,00	2	3,7	3,8	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 41 - Distribuição dos dados estatísticos da Qualidade da Relação de Vinculação

		QRV			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12,00	6	11,1	11,3	11,3
	13,00	5	9,3	9,4	20,8
	16,00	1	1,9	1,9	22,6
	17,00	1	1,9	1,9	24,5
	18,00	3	5,6	5,7	30,2
	19,00	10	18,5	18,9	49,1
	20,00	8	14,8	15,1	64,2
	21,00	7	13,0	13,2	77,4
	22,00	6	11,1	11,3	88,7
	23,00	1	1,9	1,9	90,6
	24,00	3	5,6	5,7	96,2
	25,00	2	3,7	3,8	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 42 - Distribuição dos dados da Intensidade da preocupação ou tempo despendido no modo de vinculação

TDMV					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	12,00	1	1,9	1,9	1,9
	13,00	7	13,0	13,2	15,1
	14,00	13	24,1	24,5	39,6
	15,00	32	59,3	60,4	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Quadro 43 – Distribuição dos dados da significância One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		TAO	PRN	TAS	REV	PRO
N		54	54	54	54	54
Normal Parameters ^a	Mean	35,3889	48,5926	37,2222	38,9259	40,1852
	Std. Deviation	9,46377	5,54406	6,16339	8,69581	5,12881
Most Extreme Differences	Absolute	,142	,159	,125	,154	,091
	Positive	,142	,100	,125	,154	,091
	Negative	-,091	-,159	-,085	-,088	-,086
Kolmogorov-Smirnov Z		1,040	1,168	,921	1,128	,668
Asymp. Sig. (2-tailed)		,229	,131	,364	,157	,764
a. Test distribution is Normal.						

Quadro 44 – Escala TAO Alfa de Cronbach com todos os itens

Cronbach's Alpha	N of Items
.838	40

Quadro 45 – Escala TAO todos os itens

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DMI3	34,1509	89,015	,149	,839
DMI6	34,7736	85,025	,422	,832
DMI12	34,3019	86,561	,311	,835
DMI20	34,1509	84,131	,444	,831
DMI24	34,8113	92,079	-,122	,844
DMI28	34,2075	84,668	,459	,831
DMI31	34,8679	87,386	,252	,837
DMI37	34,3962	86,013	,428	,832
DMI44	34,6038	88,398	,159	,840
DMI49	34,2830	83,899	,491	,830
DMI51	34,1509	85,784	,409	,832
DMI60	34,3962	82,513	,555	,827
DMI61	34,5472	92,022	-,103	,846
DMI67	34,7736	87,602	,281	,836
DMI75	34,8679	88,463	,257	,836
DMI77	34,6038	93,090	-,249	,845
DMI84	34,7170	91,784	-,093	,843
DMI88	33,9245	87,610	,282	,836
DMI92	34,3585	83,273	,498	,829
DMI97	34,8113	86,041	,480	,831
DMI101	34,3019	84,330	,566	,829
DMI108	34,2642	88,275	,191	,838
DMI113	34,5849	87,094	,319	,835
DMI116	34,2075	83,591	,545	,828
DMI122	34,0000	92,115	-,108	,847
DMI130	34,7170	81,053	,690	,823
DMI133	34,3774	88,393	,256	,836
DMI136	34,3962	86,167	,295	,836
DMI143	34,5283	84,408	,479	,830

DMI150	34,6226	88,355	,138	,841
DMI151	35,0000	90,038	,086	,840
DMI158	34,7358	89,083	,196	,837
DMI163	34,4340	86,827	,492	,832
DMI167	34,0189	84,250	,458	,831
DMI174	33,9057	86,049	,422	,832
DMI180	34,1321	84,886	,479	,830
DMI184	34,7358	91,160	-,027	,842
DMI190	34,8302	82,528	,643	,826
DMI195	34,3585	86,157	,440	,832
DMI198	34,3962	90,282	,184	,838

Quadro 46 – Escala TAO Alfa de Cronbach com itens eliminados

Cronbach's Alpha	N of Items
,882	30

Quadro 47 – Escala TAO itens eliminados

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DMI6	27,1698	81,451	,411	,878
DMI12	26,6981	82,330	,350	,880
DMI20	26,5472	79,714	,498	,876
DMI28	26,6038	80,552	,493	,876
DMI31	27,2642	83,621	,252	,882
DMI37	26,7925	82,975	,363	,879
DMI49	26,6792	78,799	,602	,873
DMI51	26,5472	81,329	,473	,877
DMI60	26,7925	78,821	,557	,875
DMI67	27,1698	83,682	,295	,881
DMI75	27,2642	84,237	,305	,880
DMI88	26,3208	84,222	,247	,882
DMI92	26,7547	80,112	,461	,877
DMI97	27,2075	82,168	,495	,877
DMI101	26,6981	80,715	,559	,875
DMI108	26,6604	84,306	,206	,883
DMI113	26,9811	82,788	,369	,879
DMI116	26,6038	79,321	,594	,874
DMI130	27,1132	76,872	,734	,870
DMI133	26,7736	84,640	,253	,881
DMI136	26,7925	82,898	,262	,882
DMI143	26,9245	81,110	,447	,877
DMI158	27,1321	85,271	,197	,882
DMI163	26,8302	83,182	,479	,878
DMI167	26,4151	80,824	,437	,878
DMI174	26,3019	82,215	,432	,878
DMI180	26,5283	80,677	,522	,876

DMI190	27,2264	79,409	,597	,874
DMI195	26,7547	83,150	,368	,879
DMI198	26,7925	86,283	,225	,882

Quadro 48 – Escala PRO Alfa de Cronbach com todos os itens

Cronbach's Alpha	N of Items
.573	40

Quadro 49 – Escala PRO todos os itens

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DMI1	39,6792	26,876	-,082	,588
DMI7	39,1887	24,656	,273	,551
DMI15	39,3396	22,729	,586	,512
DMI19	39,0755	25,763	,141	,566
DMI22	38,5094	24,409	,385	,542
DMI27	39,1321	26,348	,049	,573
DMI33	39,1321	26,578	,017	,574
DMI36	39,0943	27,433	-,172	,598
DMI42	39,2830	24,130	,352	,542
DMI47	39,3396	25,998	,151	,566
DMI52	39,6226	26,739	-,062	,587
DMI56	39,1132	28,641	-,341	,618
DMI65	39,6981	25,676	,109	,570
DMI69	39,2264	25,371	,169	,563
DMI71	39,4528	25,945	,117	,568
DMI79	39,2453	25,419	,234	,559
DMI82	39,6038	25,552	,187	,562
DMI86	39,4717	25,677	,193	,562
DMI93	39,3208	25,491	,260	,558
DMI99	39,3962	26,128	,077	,572
DMI105	38,9811	24,365	,302	,547
DMI110	39,5094	25,216	,252	,556
DMI111	39,0943	26,626	-,007	,576
DMI117	39,1321	26,386	-,015	,584
DMI123	39,1509	25,054	,303	,552
DMI126	39,1132	26,641	-,029	,580
DMI135	38,8113	26,310	-,010	,585

DMI137	39,0189	25,057	,216	,558
DMI144	39,3774	26,432	,008	,578
DMI149	39,2075	27,168	-,132	,592
DMI155	39,0755	24,110	,297	,546
DMI156	39,3019	22,946	,513	,519
DMI169	39,1132	25,602	,190	,562
DMI173	39,0566	24,401	,375	,543
DMI179	38,6604	24,652	,333	,547
DMI181	39,6226	27,663	-,220	,599
DMI188	39,1321	27,386	-,197	,590
DMI193	39,2453	24,689	,277	,551
DMI200	39,2453	25,996	,068	,573
DMI161	39,0566	24,785	,276	,552

Quadro 50 – Escala PRO Alfa de Cronbach com itens eliminados

Cronbach's Alpha	N of Items
,760	27

Quadro 51 – Escala PRO itens eliminados

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DMI7	26,3774	27,124	,377	,747
DMI15	26,5283	25,677	,594	,731
DMI19	26,2642	28,237	,276	,753
DMI22	25,6981	27,715	,346	,749
DMI27	26,3208	29,414	,082	,762
DMI42	26,4717	27,446	,316	,751
DMI47	26,5283	28,908	,221	,756
DMI65	26,8868	28,448	,173	,760
DMI69	26,4151	28,517	,171	,760
DMI71	26,6415	29,350	,074	,763
DMI79	26,4340	27,750	,409	,747
DMI82	26,7925	27,821	,364	,749
DMI86	26,6604	28,998	,161	,759
DMI93	26,5094	28,332	,335	,751
DMI99	26,5849	28,863	,170	,758
DMI105	26,1698	27,413	,311	,751
DMI110	26,6981	28,138	,296	,752
DMI123	26,3396	28,267	,287	,753
DMI137	26,2075	28,360	,191	,758
DMI155	26,2642	26,852	,346	,749
DMI156	26,4906	25,793	,538	,734
DMI169	26,3019	29,022	,139	,760
DMI173	26,2453	26,843	,495	,740
DMI179	25,8491	27,361	,407	,745
DMI193	26,4340	28,558	,157	,761
DMI200	26,4340	29,597	,003	,769
DMI161	26,2453	27,727	,307	,751

Quadro 52 – Escala PRO Alfa de Cronbach com itens eliminados

Cronbach's Alpha	N of Items
,777	23

Quadro 53 – Escala PRO itens eliminados

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DMI7	22,5472	24,406	,377	,765
DMI15	22,6981	23,215	,562	,752
DMI19	22,4340	25,558	,257	,772
DMI22	21,8679	25,001	,339	,768
DMI42	22,6415	24,773	,305	,770
DMI47	22,6981	25,869	,284	,771
DMI79	22,6038	24,705	,477	,761
DMI82	22,9623	24,845	,412	,764
DMI86	22,8302	25,874	,233	,773
DMI99	22,7547	26,035	,175	,776
DMI105	22,3396	24,575	,327	,769
DMI110	22,8679	25,501	,269	,772
DMI123	22,5094	25,447	,297	,770
DMI137	22,3774	25,586	,189	,777
DMI155	22,4340	23,904	,381	,765
DMI156	22,6604	23,229	,524	,754
DMI169	22,4717	26,369	,106	,780
DMI173	22,4151	23,978	,527	,756
DMI179	22,0189	24,711	,392	,765
DMI161	22,4151	24,786	,342	,767
DMI93	22,6792	25,722	,294	,771
DMI65	23,0566	25,747	,158	,779
DMI69	22,5849	26,094	,109	,782

Quadro 54 – Escala PRO Alfa de Cronbach com itens eliminados

Cronbach's Alpha	N of Items
,790	20

Quadro 55 – Escala PRO itens eliminados

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DMI7	19,9057	21,549	,389	,779
DMI15	20,0566	20,593	,545	,767
DMI19	19,7925	22,706	,258	,787
DMI22	19,2264	22,102	,356	,781
DMI42	20,0000	21,808	,332	,783
DMI47	20,0566	22,747	,358	,782
DMI79	19,9623	21,883	,483	,775
DMI82	20,3208	22,299	,353	,781
DMI86	20,1887	22,964	,244	,787
DMI99	20,1132	23,064	,196	,790
DMI105	19,6981	21,407	,391	,779
DMI110	20,2264	22,409	,323	,783
DMI123	19,8679	22,578	,303	,784
DMI137	19,7358	22,313	,264	,787
DMI155	19,7925	21,168	,377	,780
DMI156	20,0189	20,827	,469	,773
DMI173	19,7736	21,332	,504	,772
DMI179	19,3774	22,201	,332	,783
DMI161	19,7736	21,909	,355	,781
DMI93	20,0377	23,229	,199	,789

Quadro 56 – Escala PRN Alfa de Cronbach todos os itens

Cronbach's Alpha	N of Items
.605	40

Quadro 57 – Escala PRN todos os itens

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DMI5	47,3774	30,509	-,093	,621
DMI10	46,9623	28,537	,225	,592
DMI14	47,2264	27,909	,268	,586
DMI18	47,3208	29,837	,035	,607
DMI21	47,4151	31,055	-,193	,624
DMI30	47,2453	29,189	,088	,605
DMI32	47,2264	29,832	,052	,605
DMI40	47,4528	29,945	-,006	,613
DMI43	47,1698	27,951	,393	,579
DMI50	47,1132	29,448	,063	,607
DMI54	47,1887	29,041	,111	,603
DMI59	47,3019	30,099	-,039	,618
DMI64	47,1698	28,413	,302	,587
DMI68	47,1887	27,925	,315	,583
DMI74	47,1132	26,641	,506	,563
DMI78	47,2830	27,207	,418	,572
DMI85	46,6792	28,337	,342	,584
DMI89	47,0943	27,895	,347	,581
DMI94	46,9623	27,345	,399	,574
DMI96	47,2264	28,525	,248	,590
DMI103	47,4906	32,178	-,341	,641
DMI106	47,1509	30,361	-,071	,619
DMI115	47,3962	28,821	,181	,596
DMI118	47,5660	28,981	,151	,598
DMI125	47,6415	28,773	,119	,603
DMI129	46,9434	29,208	,128	,600
DMI132	47,3396	30,075	,022	,606

DMI139	47,3962	27,359	,467	,571
DMI141	47,0755	30,148	-,038	,616
DMI148	47,1321	28,463	,281	,588
DMI152	47,2642	28,467	,338	,586
DMI159	47,1321	28,617	,228	,592
DMI162	47,7547	28,843	,135	,600
DMI170	47,5094	29,409	,312	,595
DMI172	47,3396	29,575	,165	,599
DMI178	47,5094	28,409	,381	,584
DMI182	46,9434	30,054	-,010	,611
DMI186	47,2453	30,881	-,159	,622
DMI194	47,1321	29,501	,041	,610
DMI199	46,9811	28,250	,253	,589

Quadro 58 – Escala PRN Alfa de Cronbach com itens eliminados

Cronbach's Alpha	N of Items
,746	27

Quadro 59 – Escala PRN itens eliminados

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DMI10	31,4340	27,404	,279	,738
DMI14	31,6981	26,522	,355	,733
DMI30	31,7170	28,168	,116	,750
DMI32	31,6981	28,946	,064	,749
DMI43	31,6415	26,927	,437	,729
DMI54	31,6604	27,921	,154	,747
DMI64	31,6415	27,311	,359	,734
DMI68	31,6604	27,075	,322	,735
DMI74	31,5849	25,247	,609	,714
DMI78	31,7547	25,958	,495	,723
DMI85	31,1509	26,977	,460	,729
DMI89	31,5660	27,404	,291	,737
DMI94	31,4340	26,097	,475	,725
DMI96	31,6981	27,869	,219	,742
DMI115	31,8679	28,309	,130	,747
DMI118	32,0377	29,075	,001	,756
DMI125	32,1132	27,718	,150	,749
DMI129	31,4151	28,324	,139	,746
DMI139	31,8679	26,694	,442	,728
DMI148	31,6038	27,744	,263	,739
DMI152	31,7358	27,198	,440	,731
DMI159	31,6038	28,052	,184	,744
DMI162	32,2264	28,025	,134	,749
DMI170	31,9811	28,634	,292	,741
DMI172	31,8113	29,118	,057	,748
DMI178	31,9811	27,788	,336	,736
DMI199	31,4528	27,214	,289	,737

Quadro 60 – Escala PRN Alfa de Cronbach com itens eliminados

Cronbach's Alpha	N of Items
,796	19

Quadro 61 – Escala PRN itens eliminados

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DMI10	23,1698	20,490	,292	,792
DMI14	23,4340	20,597	,214	,799
DMI43	23,3774	20,393	,381	,786
DMI64	23,3774	20,278	,408	,785
DMI68	23,3962	19,552	,465	,780
DMI74	23,3208	18,068	,741	,759
DMI78	23,4906	19,716	,415	,784
DMI85	22,8868	20,218	,456	,782
DMI89	23,3019	20,369	,330	,789
DMI94	23,1698	19,836	,395	,785
DMI96	23,4340	20,289	,361	,787
DMI129	23,1509	21,092	,193	,798
DMI139	23,6038	20,167	,394	,785
DMI148	23,3396	20,729	,292	,791
DMI152	23,4717	19,946	,559	,777
DMI159	23,3396	20,767	,256	,794
DMI170	23,7170	21,745	,250	,794
DMI178	23,7170	21,015	,307	,790
DMI199	23,1887	20,079	,348	,788

Quadro 62 – Escala PRN Alfa de Cronbach com itens eliminados

Cronbach's Alpha	N of Items
,805	17

Quadro 63 – Escala PRN itens eliminados

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DMI10	20,4340	17,827	,306	,802
DMI43	20,6415	17,965	,342	,799
DMI64	20,6415	18,042	,323	,800
DMI68	20,6604	16,959	,478	,790
DMI74	20,5849	15,709	,726	,770
DMI78	20,7547	17,419	,363	,798
DMI85	20,1509	17,438	,512	,789
DMI89	20,5660	17,750	,337	,800
DMI94	20,4340	17,366	,377	,797
DMI96	20,6981	17,522	,404	,795
DMI139	20,8679	17,809	,345	,799
DMI148	20,6038	17,705	,392	,796
DMI152	20,7358	17,237	,605	,784
DMI159	20,6038	17,821	,331	,800
DMI170	20,9811	19,134	,225	,805
DMI178	20,9811	18,557	,259	,803
DMI199	20,4528	17,214	,409	,795

Quadro 64 – Escala TAS Alfa de Cronbach com todos os itens

Cronbach's Alpha	N of Items
,697	40

Quadro 65 – Escala TAS todos os itens

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DMI4	35,9245	37,571	,116	,696
DMI8	36,1132	37,487	,156	,694
DMI11	36,0943	37,087	,217	,690
DMI17	36,2264	38,371	,027	,698
DMI25	36,2642	40,160	-,267	,719
DMI29	36,6792	37,030	,209	,691
DMI35	35,7547	38,573	-,056	,710
DMI39	35,9623	36,114	,239	,689
DMI45	36,3585	36,657	,188	,692
DMI46	36,4717	35,139	,295	,684
DMI55	36,2264	36,025	,352	,682
DMI57	36,3019	36,715	,311	,686
DMI63	36,1887	36,348	,362	,683
DMI70	36,1698	37,144	,165	,693
DMI72	35,9057	37,164	,133	,696
DMI76	35,9057	38,472	-,038	,707
DMI81	36,1698	35,413	,467	,676
DMI90	36,8302	37,144	,205	,691
DMI95	36,2830	35,630	,488	,677
DMI100	36,3774	38,816	-,082	,704
DMI102	36,5660	39,327	-,152	,712
DMI109	36,3208	36,107	,290	,685
DMI114	36,5849	35,632	,358	,681
DMI119	36,2075	38,898	-,093	,710
DMI121	36,3208	35,761	,299	,684
DMI127	36,1509	38,515	-,012	,699
DMI134	36,3774	35,316	,358	,680

DMI138	36,0943	35,510	,501	,676
DMI142	36,4717	36,792	,207	,691
DMI147	36,2830	38,361	-,013	,703
DMI153	36,1321	38,732	-,066	,702
DMI160	36,1509	34,823	,474	,673
DMI165	35,7925	37,591	,085	,699
DMI166	36,1321	33,617	,459	,669
DMI171	36,3585	35,042	,488	,673
DMI177	36,1698	38,374	,063	,697
DMI183	36,2075	36,668	,219	,690
DMI187	36,2642	37,775	,153	,694
DMI191	36,2830	34,630	,443	,673
DMI197	36,5472	37,368	,128	,695

Quadro 66 – Escala TAS Alfa de Cronbach com itens eliminados

Cronbach's Alpha	N of Items
,795	29

Quadro 67 – Escala TAS itens eliminados

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DMI4	24,7170	38,822	,172	,794
DMI8	24,9057	38,818	,205	,793
DMI11	24,8868	38,987	,165	,794
DMI39	24,7547	37,919	,212	,794
DMI45	25,1509	37,708	,257	,792
DMI46	25,2642	36,775	,287	,791
DMI57	25,0943	38,279	,315	,789
DMI63	24,9811	37,557	,430	,785
DMI70	24,9623	39,114	,111	,797
DMI72	24,6981	38,522	,165	,796
DMI81	24,9623	36,499	,546	,779
DMI90	25,6226	39,009	,160	,795
DMI95	25,0755	37,263	,476	,783
DMI109	25,1132	37,372	,334	,788
DMI114	25,3774	37,124	,368	,786
DMI121	25,1132	37,564	,270	,791
DMI134	25,1698	37,721	,250	,792
DMI142	25,2642	38,390	,206	,793
DMI160	24,9434	35,362	,621	,774
DMI166	24,9245	34,610	,519	,776
DMI171	25,1509	36,477	,506	,780
DMI177	24,9623	40,075	,031	,796
DMI183	25,0000	37,577	,315	,788
DMI187	25,0566	39,131	,211	,793
DMI191	25,0755	36,033	,461	,781
DMI197	25,3396	39,267	,086	,798
DMI138	24,8868	37,487	,427	,785

DMI29	25,4717	38,254	,269	,790
DMI55	25,0189	36,788	,481	,781

Quadro 68 – Escala TAS Alfa de Cronbach com itens eliminados

Cronbach's Alpha	N of Items
,802	25

Quadro 69 – Escala TAS itens eliminados

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DMI4	20,8302	34,567	,192	,801
DMI8	21,0189	34,327	,273	,798
DMI11	21,0000	35,115	,116	,804
DMI39	20,8679	33,694	,228	,801
DMI45	21,2642	33,390	,289	,797
DMI46	21,3774	33,009	,256	,801
DMI57	21,2075	34,245	,302	,797
DMI63	21,0943	33,433	,442	,791
DMI81	21,0755	32,340	,574	,784
DMI90	21,7358	35,044	,127	,803
DMI95	21,1887	33,079	,503	,789
DMI109	21,2264	33,217	,349	,794
DMI114	21,4906	33,639	,285	,797
DMI121	21,2264	33,871	,219	,801
DMI134	21,2830	33,553	,262	,799
DMI142	21,3774	34,624	,154	,803
DMI160	21,0566	31,593	,594	,781
DMI166	21,0377	30,422	,552	,781
DMI171	21,2642	32,429	,513	,786
DMI183	21,1132	33,218	,359	,794
DMI187	21,1698	35,182	,163	,801
DMI191	21,1887	32,156	,446	,789
DMI138	21,0000	33,346	,442	,791
DMI29	21,5849	34,171	,266	,798
DMI55	21,1321	32,501	,527	,786

Quadro 70 – Escala REV Alfa de Cronbach com todos os itens

Cronbach's Alpha	N of Items
,850	40

Quadro 71- Escala REV todos os itens

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DMI2	37,8302	71,990	,316	,847
DMI9	37,9057	74,318	,162	,849
DMI13	37,9623	69,345	,576	,840
DMI16	38,1698	65,644	,739	,833
DMI23	37,9434	75,439	-,020	,852
DMI26	37,6792	69,376	,591	,840
DMI34	37,9623	72,960	,267	,848
DMI38	38,0377	68,345	,680	,837
DMI41	37,5283	73,446	,253	,848
DMI48	37,7358	74,006	,255	,848
DMI53	37,7736	74,525	,070	,852
DMI58	37,8302	70,798	,471	,843
DMI62	37,3396	77,344	-,244	,858
DMI66	37,5849	72,017	,295	,847
DMI73	37,6038	71,167	,483	,843
DMI80	37,9057	69,664	,375	,845
DMI83	37,7736	74,063	,171	,849
DMI87	37,6226	73,855	,253	,848
DMI91	38,0377	71,845	,342	,846
DMI98	37,1321	74,386	,078	,852
DMI104	37,6038	72,705	,251	,848
DMI107	37,6981	69,369	,540	,841
DMI112	37,2830	76,476	-,131	,857
DMI120	37,8302	69,874	,538	,841
DMI124	37,8302	73,990	,199	,849
DMI128	38,0189	68,557	,667	,838
DMI131	38,0377	68,268	,618	,838

DMI140	38,0377	70,575	,422	,844
DMI145	37,4906	73,678	,185	,849
DMI146	37,6981	68,292	,728	,837
DMI154	37,4717	69,600	,549	,841
DMI157	37,6226	73,278	,169	,850
DMI164	37,9245	74,302	,067	,853
DMI168	38,1698	74,336	,102	,851
DMI175	38,2830	71,899	,291	,847
DMI176	38,4717	74,023	,157	,850
DMI185	37,4340	72,866	,295	,847
DMI189	37,4717	69,446	,407	,844
DMI192	37,9245	71,917	,351	,846
DMI196	37,7736	72,371	,190	,851

Quadro 72 – Escala REV Alfa de Cronbach com itens eliminados

Cronbach's Alpha	N of Items
,882	32

Quadro 73 – Escala REV itens eliminados

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DMI2	29,1321	67,848	,294	,881
DMI9	29,2075	70,168	,119	,883
DMI13	29,2642	64,660	,621	,874
DMI16	29,4717	61,292	,757	,869
DMI26	28,9811	65,096	,593	,875
DMI34	29,2642	69,352	,172	,883
DMI38	29,3396	64,075	,684	,873
DMI41	28,8302	69,105	,247	,882
DMI48	29,0377	69,537	,268	,881
DMI58	29,1321	66,501	,470	,878
DMI66	28,8868	67,872	,275	,882
DMI73	28,9057	66,164	,571	,876
DMI80	29,2075	63,860	,496	,877
DMI83	29,0755	69,302	,223	,882
DMI87	28,9245	69,263	,287	,881
DMI91	29,3396	67,459	,347	,880
DMI104	28,9057	68,279	,257	,882
DMI107	29,0000	65,000	,550	,876
DMI120	29,1321	64,848	,620	,874
DMI124	29,1321	69,271	,249	,882
DMI128	29,3208	64,068	,694	,873
DMI131	29,3396	63,998	,622	,874
DMI140	29,3396	65,844	,466	,878
DMI145	28,7925	70,052	,089	,885
DMI146	29,0000	64,654	,660	,874
DMI154	28,7736	65,563	,524	,876
DMI157	28,9245	69,494	,110	,886

DMI175	29,5849	66,517	,393	,879
DMI176	29,7736	69,486	,174	,883
DMI185	28,7358	68,698	,268	,881
DMI189	28,7736	65,755	,360	,881
DMI192	29,2264	67,717	,334	,880

Quadro 74 – Escala REV Alfa de Cronbach com itens eliminados

Cronbach's Alpha	N of Items
,890	28

Quadro 75 – Escala REV itens eliminados

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
DMI2	25,6604	62,306	,278	,890
DMI9	25,7358	64,429	,112	,892
DMI13	25,7925	59,129	,620	,882
DMI16	26,0000	56,038	,744	,878
DMI26	25,5094	59,601	,585	,883
DMI38	25,8679	58,463	,695	,881
DMI41	25,3585	63,311	,256	,890
DMI48	25,5660	63,712	,284	,889
DMI58	25,6604	61,152	,437	,887
DMI66	25,4151	62,132	,280	,890
DMI73	25,4340	60,443	,586	,884
DMI80	25,7358	57,775	,544	,884
DMI83	25,6038	63,667	,206	,890
DMI87	25,4528	63,445	,303	,889
DMI91	25,8679	62,001	,323	,889
DMI104	25,4340	62,597	,255	,890
DMI107	25,5283	59,408	,554	,884
DMI120	25,6604	58,844	,673	,881
DMI124	25,6604	63,498	,255	,890
DMI128	25,8491	58,515	,699	,881
DMI131	25,8679	58,232	,648	,881
DMI140	25,8679	60,117	,479	,886
DMI146	25,5283	59,562	,606	,883
DMI154	25,3019	60,253	,493	,885
DMI175	26,1132	60,448	,438	,887
DMI185	25,2642	63,044	,260	,890
DMI189	25,3019	60,446	,335	,890
DMI192	25,7547	62,112	,326	,889

Quadro 76 – Alfa de Cronbach da Escala de Vinculação Pré- Natal todos os itens

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,710	19

Quadro 77 – Escala de Vinculação Pré- Natal todos os itens

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
MPN1	74,7547	43,266	,275	,701
MPN2D	74,4151	43,940	,496	,685
MPN3	74,3019	46,830	,129	,711
MPN4D	74,7736	43,063	,288	,699
MPN5	75,1509	40,246	,456	,678
MPN6	74,4717	45,562	,178	,709
MPN7	73,8679	48,386	,023	,715
MPN8D	75,7925	38,129	,494	,671
MPN9	73,7358	48,890	-,041	,717
MPN10	74,7170	41,399	,387	,687
MPN11D	73,6415	47,542	,198	,707
MPN12	73,6038	48,590	,031	,713
MPN13D	74,3019	38,638	,613	,658
MPN14D	74,5094	41,293	,323	,697
MPN15	73,6226	47,855	,182	,708
MPN16	73,5472	48,637	,043	,712
MPN17D	76,1698	43,528	,266	,702
MPN18	73,9623	41,499	,538	,673
MPN19D	73,4906	48,832	,000	,712

Quadro 78 – Alfa de Cronbach da Escala de Vinculação Pré- Natal com itens eliminados

Cronbach's Alpha	N of Items
,743	13

Quadro 79 – Escala de Vinculação Pré- Natal com itens eliminados

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
MPN1	46,3585	41,081	,302	,735
MPN2D	46,0189	42,288	,477	,722
MPN4D	46,3774	41,393	,278	,738
MPN5	46,7547	38,227	,476	,713
MPN6	46,0755	43,033	,232	,741
MPN8D	47,3962	37,090	,451	,717
MPN10	46,3208	39,299	,410	,722
MPN11D	45,2453	46,304	,082	,747
MPN13D	45,9057	36,356	,659	,689
MPN14D	46,1132	38,179	,408	,723
MPN15	45,2264	46,448	,079	,747
MPN17D	47,7736	41,909	,252	,741
MPN18	45,5660	39,404	,569	,707

Quadro 80 – Alfa de Cronbach da Escala de Vinculação Pré- Natal com itens eliminados

Cronbach's Alpha	N of Items
,754	11

Quadro 81 - Escala de Vinculação Pré- Natal com itens eliminados

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
MPN1	36,6415	39,850	,322	,746
MPN2D	36,3019	41,561	,450	,737
MPN4D	36,6604	40,306	,288	,750
MPN5	37,0377	37,460	,466	,727
MPN6	36,3585	41,811	,253	,752
MPN8D	37,6792	36,261	,447	,730
MPN10	36,6038	38,705	,386	,738
MPN13D	36,1887	35,502	,656	,701
MPN14D	36,3962	36,936	,430	,732
MPN17D	38,0566	40,862	,259	,753
MPN18	35,8491	38,592	,559	,720

Quadro 82 – Alfa de Cronbach da Sub escala de Qualidade da Relação de Vinculação todos os itens

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,657	8

Quadro 83 - Sub escala de Qualidade da Relação de Vinculação todos os itens

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
MPN2D	28,5472	13,560	,571	,589
MPN3	28,4340	14,943	,213	,655
MPN5	29,2830	11,284	,495	,580
MPN8D	29,9245	10,840	,426	,613
MPN9	27,8679	16,771	-,029	,681
MPN11D	27,7736	15,794	,273	,650
MPN13D	28,4340	11,135	,564	,557
MPN18	28,0943	13,972	,289	,641

Quadro 84 - Alfa de Cronbach da Sub escala de Qualidade da Relação de Vinculação com itens eliminados

Cronbach's Alpha	N of Items
,681	7

Quadro 85 - Sub escala de Qualidade da Relação de Vinculação com itens eliminados

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
MPN2D	23,7925	13,629	,539	,626
MPN3	23,6792	14,953	,197	,689
MPN5	24,5283	10,985	,529	,601
MPN8D	25,1698	10,644	,442	,641
MPN11D	23,0189	15,827	,237	,684
MPN13D	23,6792	10,876	,594	,579
MPN18	23,3396	13,921	,285	,673

Quadro 86 - Alfa de Cronbach da Sub escala de Qualidade da Relação de Vinculação com itens eliminados

Cronbach's Alpha	N of Items
,707	5

Quadro 87 - Sub escala de Qualidade da Relação de Vinculação com itens eliminados

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
MPN2D	14,7547	11,343	,541	,659
MPN5	15,4906	8,793	,547	,621
MPN8D	16,1321	9,194	,353	,728
MPN13D	14,6415	8,427	,665	,567
MPN18	14,3019	11,215	,348	,700

Quadro 88 – Alfa de Cronbach da Sub escala de Qualidade da Relação de Vinculação com itens eliminados

Cronbach's Alpha	N of Items
,728	4

Quadro 89 – Sub escala de Qualidade da Relação de Vinculação com itens eliminados

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
MPN2D	12,0566	6,862	,530	,688
MPN5	12,7925	4,514	,612	,612
MPN13D	11,9434	4,131	,787	,475
MPN18	11,6038	7,052	,257	,798

Quadro 90 – Alfa de Cronbach da Sub escala de Qualidade da Relação de Vinculação com itens eliminados

Cronbach's Alpha	N of Items
,798	3

Quadro 91 – Sub escala de Qualidade da Relação de Vinculação com itens eliminados

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
MPN2D	7,5283	4,869	,579	,831
MPN5	8,2642	2,660	,725	,643
MPN13D	7,4151	2,824	,738	,617

Quadro 92 – Sub escala de Tempo Despendido no modo da Vinculação

Cronbach's Alpha	N of Items
,439	3

Quadro 93 - Sub escala de Tempo Despendido no modo da Vinculação

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
MPN7	9,8113	,194	,350	,239
MPN15	9,5660	,366	,369	,183
MPN16	9,4906	,524	,168	,493

Quadro 94 – Correlação entre as variáveis Dependente e Independente

		QRV	EVPN	TDMV	TAO	PRO	PRN	TAS	REV
QRV	Pearson Correlation	1	,738**	-,026	-,102	-,106	-,231*	-,214	,112
	Sig. (1-tailed)		,000	,426	,234	,224	,048	,062	,212
	N	53	53	53	53	53	53	53	53
EVPN	Pearson Correlation	,738**	1	-,049	-,033	-,366**	-,055	-,153	,111
	Sig. (1-tailed)	,000		,365	,409	,004	,349	,137	,214
	N	53	53	53	53	53	53	53	53
TDMV	Pearson Correlation	-,026	-,049	1	,058	-,008	-,127	,259*	-,105
	Sig. (1-tailed)	,426	,365		,340	,476	,183	,031	,227
	N	53	53	53	53	53	53	53	53
TAO	Pearson Correlation	-,102	-,033	,058	1	,124	,218	-,522**	-,686**
	Sig. (1-tailed)	,234	,409	,340		,189	,059	,000	,000
	N	53	53	53	53	53	53	53	53
PRO	Pearson Correlation	-,106	-,366**	-,008	,124	1	-,396**	,031	-,265*
	Sig. (1-tailed)	,224	,004	,476	,189		,002	,412	,028
	N	53	53	53	53	53	53	53	53
PRN	Pearson Correlation	-,231*	-,055	-,127	,218	-,396**	1	-,305*	-,252*
	Sig. (1-tailed)	,048	,349	,183	,059	,002		,013	,034
	N	53	53	53	53	53	53	53	53
TAS	Pearson Correlation	-,214	-,153	,259*	-,522**	,031	-,305*	1	,149
	Sig. (1-tailed)	,062	,137	,031	,000	,412	,013		,143
	N	53	53	53	53	53	53	53	53
REV	Pearson Correlation	,112	,111	-,105	-,686**	-,265*	-,252*	,149	1
	Sig. (1-tailed)	,212	,214	,227	,000	,028	,034	,143	
	N	53	53	53	53	53	53	53	53

** . Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

Quadro 95 – Dados estatísticos para os sujeitos sem sinal

		QRV	EVPNM3	TDMV
N	Valid	23	23	23
	Missing	0	0	0
Mean		12,2174	39,2174	14,3478
Median		13,0000	42,0000	15,0000
Mode		14,00	27,00 ^a	15,00
Std. Deviation		2,35404	8,22942	,77511
Variance		5,542	67,723	,601
Skewness		-,949	-,090	-,723
Std. Error of Skewness		,481	,481	,481
Kurtosis		,054	-,308	-,896
Std. Error of Kurtosis		,935	,935	,935
Minimum		7,00	27,00	13,00
Maximum		15,00	55,00	15,00
Sum		281,00	902,00	330,00

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Quadro 96 - Dados estatísticos para os sujeitos com sinal

		QRV	EVPNM3	TDMV
N	Valid	30	30	30
	Missing	0	0	0
Mean		11,1333	41,2667	14,5000
Median		12,0000	42,0000	15,0000
Mode		11,00 ^a	44,00	15,00
Std. Deviation		2,81294	5,39434	,82001
Variance		7,913	29,099	,672
Skewness		-1,291	-,457	-1,608
Std. Error of Skewness		,427	,427	,427
Kurtosis		,815	-,021	1,905
Std. Error of Kurtosis		,833	,833	,833
Minimum		5,00	31,00	12,00
Maximum		14,00	50,00	15,00
Sum		334,00	1238,00	435,00

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Quadro 97 - Análise de Variância - ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
QRV	Between Groups	15,300	1	15,300	2,221	,142
	Within Groups	351,380	51	6,890		
	Total	366,679	52			
EVPN	Between Groups	54,673	1	54,673	1,195	,280
	Within Groups	2333,780	51	45,760		
	Total	2388,453	52			
TDMV	Between Groups	,301	1	,301	,470	,496
	Within Groups	32,717	51	,642		
	Total	33,019	52			